



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

Sob orientação de
Professor Doutor José Manuel Nascimento Costa

e co-orientação de
D^r. José Luís Pereira

por
Cristina Pissarro Correia de Azevedo

Julho 2012

RESUMO

A oncologia médica é uma daquelas áreas em que a excelência da prestação de cuidados de saúde implica a integração de uma abordagem de cuidados paliativos. Como futura oncologista, a realização de estágio em serviços de cuidados paliativos de reconhecido valor na comunidade científica internacional permite uma valorização profissional inquestionável, bem como uma oportunidade única para reflexão e crescimento pessoal. No sentido de promover a consolidação de conhecimentos teóricos e a aquisição de competências técnicas e científicas na área de cuidados paliativos, foi realizado um estágio que decorreu, no período de 1 de fevereiro a 14 de março de 2011, no serviço de cuidados paliativos do *Elizabeth Bruyère Hospital* e, no período de 15 de março a 13 de abril de 2011, no *The Ottawa Hospital*, com a respetiva equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos e de suporte, correspondente a um período de atividade assistencial de 375 horas.

Os objetivos essenciais do estágio consistiram em adquirir competências em cuidados paliativos no doente oncológico nas áreas do controlo dos sintomas mais comuns (dor, sintomas gastrointestinais, sintomas respiratórios, hemorragia aguda catastrófica, sintomas neuropsiquiátricos e astenia-anorexia-caquexia), da comunicação com o doente e sua família, da investigação clínica e da formação. A integração na equipa multidisciplinar prestadora de cuidados paliativos permitiu não só a observação atenta e crítica da prática clínica diária, como também a discussão ativa dos diversos casos clínicos. Esta interação ativa com a equipa foi fundamental para proporcionar uma reflexão, no sentido de gerar modificações pessoais e profissionais que conduzam à excelência da assistência clínica em oncologia médica. Por outro lado, a colaboração com a equipa de investigação permitiu um enriquecimento científico, nomeadamente através do contacto com diferentes metodologias de investigação e com as peculiaridades da investigação clínica em cuidados paliativos. Além disso, vários trabalhos desenvolvidos nas áreas do controlo sintomático, investigação clínica e formação foram essenciais para complementar a atividade assistencial.

Em suma, apesar da limitação inerente a um estágio observacional, a realização de estágio no contexto de mestrado de cuidados paliativos permitiu um crescimento pessoal e uma abertura de novos horizontes no que diz respeito à aquisição de competências técnicas e científicas em assistência clínica, comunicação, investigação clínica e formação em cuidados paliativos.

ABSTRACT

Medical oncology is undoubtedly one of those areas where the excellence of health care involves the integration of a palliative care approach. As a future oncologist, the completion of an observership in palliative care services of recognized value in the international community, allows an unquestionable professional development as well as a unique opportunity for personal reflection. In order to promote the consolidation of theoretical knowledge and the acquisition of technical and scientific skills in palliative care, an observership was performed at the Palliative Care Unit of Elizabeth Bruyère Hospital from February 1st to March 14th 2011, and at the Palliative Care and Supportive Team of The Ottawa Hospital, corresponding to a total of 375 hours of clinical practice.

The main goals of the observership were the acquisition of skills in palliative care in cancer patients in the areas of management of the most common symptoms (pain, gastrointestinal symptoms, respiratory symptoms, catastrophic bleeding, neuropsychiatric symptoms and asthenia-anorexia-cachexia), communication with patients and their families, clinical research and education. The integration in the multidisciplinary team providing palliative care allowed a close look at the daily practice and promoted educational discussion about the clinical cases. This active interaction with the team provided a reflection in order to generate professional and personal changes that lead to excellence in clinical care in the area of medical oncology. On the other hand, collaboration with the research team allowed the contact with various research methods and with the peculiarities of clinical research in palliative care. Moreover, in addition to clinical care, other work developed in the areas of symptom control, clinical research and education was very important in order to achieve the goals of the observership.

As a conclusion, despite the limitations inherent in an observership, it was possible to allow a personal growth and the opening of new horizons in relation to the acquisition of technical and scientific skills in palliative care, namely, in clinical care, communication, clinical research and education.

AGRADECIMENTOS

Aos vários elementos das equipas de cuidados paliativos do *Elizabeth Bruyère Hospital* e *The Ottawa Hospital*, pela sua simpatia, disponibilidade e atitude pedagógica.

Ao Professor Doutor José Manuel Nascimento Costa, pela sua disponibilidade e rigor científico.

À D^{ra}. Edna Gonçalves, pelo seu contributo científico.

À minha mãe, pela generosa dádiva desinteressada dos meios essenciais para a realização deste estágio e pelo apoio incansável que só o amor de mãe pode proporcionar.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACD	=	Analgesia Controlada pelo Doente
AINE	=	Anti-Inflamatório Não Esteroide
DPOC	=	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EAPC	=	<i>European Association for Palliative Care</i>
EPA	=	Ácido Eicosapentaenoico
5-HT3	=	5-Hidroxitriptamina 3
ISRS	=	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
NMDA	=	N-Metil-D-Aspartato
OMS	=	Organização Mundial de Saúde
THC	=	Delta-9-Tetrahydrocannabinol

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
JUSTIFICAÇÃO DO ESTÁGIO	2
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	3
DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	6
1. CONTROLO SINTOMÁTICO	6
1.1 Dor	13
1.2 Sintomas Gastrointestinais	21
1.2.1 Náuseas e Vômitos	21
1.2.2 Obstipação	23
1.2.3 Suboclusão/Oclusão Intestinal Maligna	24
1.3 Sintomas Neuropsiquiátricos	25
1.3.1 <i>Delirium</i>	25
1.4 Dispneia	26
1.5 Anorexia-Astenia-Caquexia	28
1.6 Hemorragia Aguda Catastrófica	30
1.7 Agonia	31
2. COMUNICAÇÃO	34
3. INVESTIGAÇÃO CLÍNICA	36
4. FORMAÇÃO	38
SUGESTÕES DE MUDANÇA PESSOAL E PROFISSIONAL	39
CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	47

INTRODUÇÃO

Os avanços científicos na área da medicina e a melhoria das condições socioeconómicas das populações têm permitido diminuir a mortalidade de inúmeras doenças, aumentando, assim, a longevidade. Neste contexto, as questões éticas em torno das intervenções terapêuticas e a problemática da qualidade de vida têm emergido como prioridades, sendo a abordagem de cuidados paliativos uma necessidade cada vez mais importante e transversal a todas as áreas relacionadas com a saúde. A oncologia médica é, sem dúvida, uma daquelas áreas em que a excelência da prestação de cuidados de saúde implica a integração de uma abordagem de cuidados paliativos, aliada à evolução exponencial das terapêuticas oncológicas curativas. Como futura oncologista, o mestrado em cuidados paliativos, com realização de estágio em serviços de cuidados paliativos de reconhecido valor na comunidade científica internacional, permite uma valorização profissional inquestionável, bem como uma oportunidade única para reflexão e crescimento pessoal.

O estágio decorreu, no período de 1 de fevereiro a 14 de março de 2011, no serviço de cuidados paliativos do *Elizabeth Bruyère Hospital* (Otava - Canadá) e, no período de 15 de março a 13 de abril de 2011, no polo *General* do *The Ottawa Hospital* (Otava - Canadá), com a respetiva equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos e de suporte. O orientador e o co-orientador do estágio são, respetivamente, o Professor Doutor José Manuel Nascimento Costa, professor catedrático de oncologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra com atividade clínica e científica relevante na área da oncologia médica, e o D^r. José Luís Pereira, que desempenha a sua atividade clínica e científica na área dos cuidados paliativos em Otava (Canadá), quer no serviço de cuidados paliativos do *Elizabeth Bruyère Hospital*, quer na clínica de cuidados paliativos e de controlo sintomático sediada no polo *General* do *The Ottawa Hospital*.

JUSTIFICAÇÃO DO ESTÁGIO

A escolha da realização de estágio prende-se com o facto da sentida necessidade da aquisição de competências práticas e técnicas na área dos cuidados paliativos, de modo a permitir uma futura integração dessas mesmas práticas na rotina médica como oncologista, com consequente melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes oncológicos. A escolha do local de estágio é justificada por se tratar de um centro de referência a nível internacional em termos clínicos e de investigação na área de cuidados paliativos.

A integração na equipa multidisciplinar prestadora de cuidados paliativos, com vasta experiência clínica e científica nesta área, permite não só a observação atenta e crítica das práticas diárias de assistência clínica respetivas às diversas áreas do controlo sintomático, como também a discussão ativa dos casos clínicos com a equipa, com vista ao esclarecimento de dúvidas relevantes, à proposta de alternativas terapêuticas ou sugestões de otimização da estratégia terapêutica instituída e a uma reflexão sobre os aspetos éticos, espirituais, psicológicos e sociais inerentes a cada caso individual. Esta interação ativa com a equipa de cuidados paliativos é fundamental para uma reflexão sobre as crenças próprias e a prática clínica, no sentido de gerar modificações pessoais e profissionais que conduzam à excelência da assistência clínica em oncologia médica, com integração de uma prática de cuidados paliativos. Por outro lado, a possível interação e/ou colaboração com a equipa de investigação no local de estágio permite um enriquecimento científico, nomeadamente, através do contacto com diferentes metodologias de investigação e com as peculiaridades da investigação clínica em cuidados paliativos.

Tendo em conta o exposto e dado o objetivo essencial do mestrado de cuidados paliativos ser o de promover um crescimento pessoal e uma melhoria relevante na prática clínica no contexto do doente oncológico, a tipologia de mestrado profissionalizante sob a forma de estágio constitui sem dúvida o meio ideal para o atingir.

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

O estágio decorreu, no período de 1 de fevereiro a 14 de março de 2011, no serviço de cuidados paliativos do *Elizabeth Bruyère Hospital* e, no período de 15 de março a 13 de abril de 2011, no polo *General* do *The Ottawa Hospital*, com a respetiva equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos e de suporte.

O serviço de cuidados paliativos do *Elizabeth Bruyère Hospital*, sob a direção do D^r. José Pereira, corresponde à maior unidade de internamento de cuidados paliativos do Canadá, integrando um número total de 36 camas. O serviço encontra-se subdividido em duas alas principais que correspondem a tipologias de admissão diferentes: cuidados em fim de vida (16 camas) e controlo sintomático (20 camas). Além disso, a assistência clínica está organizada segundo três setores médicos, correspondentes à ala de cuidados em fim de vida (16 camas) e a dois setores de 10 camas da ala de controlo sintomático. Cada setor médico integra, na rotina clínica diária, um médico especialista em cuidados paliativos, médicos internos de diversas especialidades, *clinical fellows* e alunos de medicina da Universidade de Otava. O serviço de cuidados paliativos do *Elizabeth Bruyère Hospital*, tendo como um dos pilares fundamentais uma filosofia de trabalho de equipa multidisciplinar, integra, além da equipa médica e de enfermagem e de diversos auxiliares de ação médica e de voluntários da comunidade, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma psicóloga, uma assistente espiritual e uma farmacêutica clínica. Estes profissionais colaboram diariamente com a equipa médica e de enfermagem e participam de forma regular na discussão dos casos clínicos nas reuniões de serviço, com vista ao estabelecimento de um plano terapêutico individualizado para cada doente e avaliação da sua eficácia. Dada a marcada vertente académica deste serviço e a sua intensa atividade de investigação clínica na área de cuidados paliativos, os cinco médicos especialistas que prestam assistência clínica na unidade de internamento alternam entre si, a intervalos de duas semanas, a atividade assistencial e a atividade académica e científica. A atividade científica é desenvolvida em estreita colaboração com o departamento de investigação, que inclui profissionais com formação em várias metodologias de investigação e em bioestatística. De referir ainda que o serviço de cuidados paliativos do *Elizabeth Bruyère Hospital* dispõe de uma equipa que presta cuidados paliativos na comunidade, constituída para uma médica especialista em cuidados paliativos e uma enfermeira.

O *Elizabeth Bruyère Hospital* é dotado de um programa de reabilitação paliativa, sob a direção do D^r. Martin Chasen, médico oncologista e paliativista com formação especializada na área da reabilitação, que funciona em articulação quer com o serviço de cuidados paliativos do *Elizabeth Bruyère Hospital*, quer com a equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos e de suporte do *The Ottawa Hospital*. Este programa tem como objetivo principal a prestação de assistência aos doentes paliativos que apresentam anorexia, astenia, caquexia, incapacidade funcional de várias etiologias, ansiedade, depressão e outros problemas psicológicos relacionados com a doença ou tratamento. Neste contexto, os doentes são avaliados e acompanhados por uma equipa multidisciplinar que inclui oncologista com formação em reabilitação, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional e assistente social, no sentido de desenvolver com o doente e sua família um programa individualizado de reabilitação.

The Ottawa Hospital representa um hospital terciário, universitário, com uma dimensão de cerca de 1190 camas, que é constituído por três polos - *Civic*, *General* e *Riverside* – onde estão alocadas as diversas especialidades médicas. O estágio incluiu a integração na equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos e de suporte do polo *General*, onde se encontra igualmente localizado o serviço de oncologia médica. A equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos e de suporte, dirigida pelo D^r. Edward Fitzgibbon, é constituída por três médicos especialistas em cuidados paliativos, seis enfermeiras especializadas em cuidados paliativos e uma assistente social, subdivididos em grupos de trabalho que incluem um médico e duas enfermeiras. Ocasionalmente, a equipa conta com a participação de médicos internos de várias especialidades ou de *clinical fellows*. A equipa colabora com as várias especialidades médicas do hospital no sentido de promover o controlo sintomático e/ou prestar cuidados em fim de vida, desempenhando um trabalho de consultadoria, sem assumir a responsabilidade primária pelos doentes observados. Os serviços prestados pela equipa estão disponíveis permanentemente, graças à presença diária de um médico de serviço durante o período noturno. A intervenção da equipa cessa quando se considera que o doente atingiu um ótimo controlo sintomático. O seu funcionamento articula-se com outros prestadores de cuidados paliativos da região, nomeadamente com o serviço de cuidados paliativos e com o programa de reabilitação paliativa do *Elizabeth Bruyère Hospital*. A atividade da equipa intra-hospitalar articula-se igualmente com a clínica de dor oncológica complexa e a clínica de cuidados paliativos e de controlo sintomático do *The Ottawa Hospital*.

A clínica de dor oncológica complexa resulta da estreita colaboração interdisciplinar entre o serviço de anestesia e a equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos e de suporte, sendo coordenada pela D^{ra}. Catherine Smyth e pelo D^r. Edward Fitzgibbon, de cada um desses departamentos, respetivamente. Esta clínica tem como objetivo prestar assistência a doentes oncológicos com dor refratária aos métodos convencionais de controlo da dor, disponibilizando nomeadamente intervenções anestésicas específicas para controlo da dor e a necessária monitorização dos doentes. Os doentes podem ser avaliados em contexto de internamento ou de ambulatório.

A clínica de cuidados paliativos e de controlo sintomático, sediada no polo *General* do *The Ottawa Hospital*, sob a direção do D^r. Martin Chasen, permite o seguimento dos doentes paliativos em contexto de ambulatório, sendo as consultas realizadas não só por elementos da equipa intra-hospitalar referida, como também pelo D^r. José Pereira e pelo D^r. Martin Chasen. O contacto com doentes assistidos em ambulatório decorreu semanalmente, correspondendo ao período de consulta do D^r. José Luís Pereira, no período decorrido entre 15 de março e 13 de abril de 2011.

De referir ainda a possibilidade de articulação da equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos e de suporte com os programas de dispneia e de derrames malignos do *The Ottawa Hospital*, ambos sob a direção do D^r. Kayvan Amjadi.

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Os objetivos essenciais do estágio consistiram em adquirir competências em cuidados paliativos no doente oncológico nas áreas do controlo sintomático, da comunicação com o doente e sua família, da investigação clínica e da formação. De seguida, são apresentadas a descrição e análise dos objetivos específicos e das atividades desenvolvidas no sentido da aquisição de competências nessas áreas.

1. CONTROLO SINTOMÁTICO

No âmbito do controlo sintomático, foram propostos diversos objetivos específicos, entre os quais se salientam: a avaliação, o estabelecimento da estratégia terapêutica e a monitorização dos sintomas mais comuns no doente oncológico em cuidados paliativos (dor, sintomas gastrointestinais, sintomas respiratórios, hemorragia aguda catastrófica, sintomas neuropsiquiátricos e astenia-anorexia-caquexia); o contacto com várias vias de administração de fármacos e com terapêuticas não farmacológicas complementares; a integração das dimensões física, psicológica, emocional, sociocultural e espiritual na avaliação do doente e controlo dos diversos sintomas.

No sentido de atingir estes objetivos e adquirir competências nesta área, integrou a equipa multidisciplinar prestadora de cuidados paliativos e acompanhou a sua atividade assistencial, quer no contexto de internamento (serviço de cuidados paliativos do *Elizabeth Bruyère Hospital* e equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos e de suporte do *The Ottawa Hospital*) quer no contexto de ambulatório, totalizando 375 horas de assistência clínica, com uma carga horária média de 7 horas por dia durante 5 dias por semana, em tipologia de estágio observacional (anexo A). Apesar de se tratar de um estágio observacional, com limitações na interação com o doente e prescrição terapêutica, a permanente atitude crítica e interativa com a equipa permitiu colmatar, em parte, essas limitações. Nomeadamente, auxiliou na avaliação dos doentes oncológicos no momento da admissão no serviço e participou na realização da respetiva nota de entrada, bem como na elaboração da lista de problemas e estabelecimento da estratégia terapêutica inicial. Acompanhou a equipa na reavaliação diária dos doentes e na determinação das alterações terapêuticas necessárias, de acordo com a eficácia do controlo sintomático e efeitos secundários da terapêutica. Nas reuniões diárias e semanais da equipa, apresentou e discutiu, variadas vezes, os casos clínicos dos doentes

incluídos no seu setor, focando aspetos essenciais e peculiaridades desses casos clínicos e sugerindo, por vezes, formas de otimização do controlo sintomático. A disponibilidade, vocação pedagógica e simpatia constantes dos elementos de ambas as equipas permitiram diariamente o esclarecimento de quaisquer dúvidas que surgissem sobre casos clínicos reais ou hipotéticos, enriquecendo assim um estágio apenas observacional.

No caso do serviço de cuidados paliativos do *Elizabeth Bruyère Hospital*, as reuniões clínicas de cada um dos três setores médicos contavam permanentemente com a presença de toda a equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, assistente social, fisioterapeuta, assistente espiritual, farmacêutica clínica, nutricionista, psicóloga, terapeuta ocupacional) e eram subdivididas em *priority rounds* e *team rounds*: as *priority rounds* correspondiam a reuniões diárias de curta duração (cerca de 15 min), que tinham como objetivo a discussão das situações clínicas mais problemáticas em cada dia, associadas sobretudo a um controlo sintomático subótimo; por outro lado, as *team rounds* representavam reuniões semanais de cada equipa médica, com cerca de 1h30min de duração, onde eram descritas, de forma sumária, todas as situações clínicas dos doentes internados em cada setor, com avaliação semanal da evolução do controlo sintomático e do *performance status* dos doentes, com vista ao estabelecimento de uma abordagem terapêutica multidisciplinar para cada doente de forma a otimizar o controlo sintomático e questões de natureza sociofamiliar, psicológica e espiritual. De salientar que nestes dois tipos de reuniões era promovida a participação e colaboração ativa dos vários profissionais de saúde da equipa, de modo a que o doente fosse abordado constantemente de uma forma holística. Semanalmente, existia ainda uma outra reunião, dirigida apenas à equipa médica do serviço de cuidados paliativos do *Elizabeth Bruyère Hospital*, onde os médicos apresentavam e discutiam entre si os casos clínicos mais problemáticos de cada setor médico, de modo a definir novas estratégias terapêuticas.

No caso da equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos e de suporte do *The Ottawa Hospital*, o dia de trabalho era iniciado diariamente com uma reunião da equipa, com discussão de todos os casos clínicos que necessitavam da sua assistência prioritária. Estas reuniões eram importantes para permitir não só uma ventilação emocional por parte dos profissionais de saúde relativamente a situações clínicas mais marcantes e dolorosas para a equipa, como também para fazer uma homenagem aos doentes falecidos através da recordação de momentos especiais observados durante o internamento ou de peculiaridades da personalidade dos doentes que tivessem

sensibilizado a equipa. Este aspeto era fundamental para prevenir o *burnout* da equipa e para promover uma gestão emocional saudável numa área tão sensível, dotada de uma elevada intensidade emocional, como a oncologia e os cuidados paliativos. Além disso, semanalmente, a reunião da equipa contava com a equipa de anestesistas pertencentes à unidade de dor oncológica complexa para discussão dos casos clínicos mais relevantes.

Além disso, foi possível ainda a integração de forma muito sumária na clínica de cuidados paliativos e controlo sintomático, acompanhando semanalmente o D^r. José Luís Pereira durante o seu período de consulta, no último mês de estágio. O acompanhamento do D^r. Edward Fitzgibbon, durante dois dias, na unidade de dor oncológica complexa permitiu contactar com esta realidade e com as várias alternativas terapêuticas disponíveis para doentes com dor refratária às formas convencionais de controlo da dor. Nesta unidade, o que foi mais evidente foi a utilização de várias técnicas anestésicas, a utilização frequente de fármacos não opióides como a ketamina e a estreita monitorização dos doentes. Por questões logísticas, não foi possível assistir à realização de técnicas anestésicas, no entanto refere-se a observação de vários doentes em ambulatório medicados com fármacos como a ketamina, metadona ou clonidina.

A assistência clínica diária aos doentes e a discussão dos casos clínicos nas várias reuniões multidisciplinares referidas possibilitou não só uma perceção da importância fulcral do trabalho de equipa na área dos cuidados paliativos e oncologia, mas também uma reflexão ética individual e em equipa sobre as situações clínicas mais problemáticas, sobretudo decisões em fim de vida.

De seguida, são apresentados e analisados, de forma sumária, os vários casos clínicos observados durante o estágio de uma forma global e por tipo de sintomas. A atividade clínica incluiu a observação de um total de 128 doentes oncológicos, dos quais 106 em contexto de internamento e 22 em ambulatório, com idade mediana de 66 anos (21 - 88), sendo 71 do sexo feminino (55%) e 57 do sexo masculino (45%) (gráfico nº 1). Os diagnósticos oncológicos mais frequentes foram neoplasias do foro digestivo, cancro do pulmão, neoplasias hematológicas e cancro da mama (gráfico nº 2), sendo que cerca de 85% dos doentes apresentavam doença em estadio avançado (gráfico nº 3).

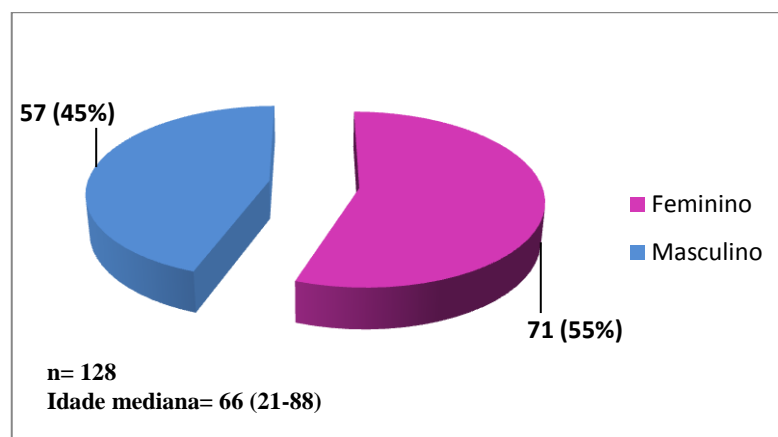


Gráfico nº 1 Distribuição por sexo.

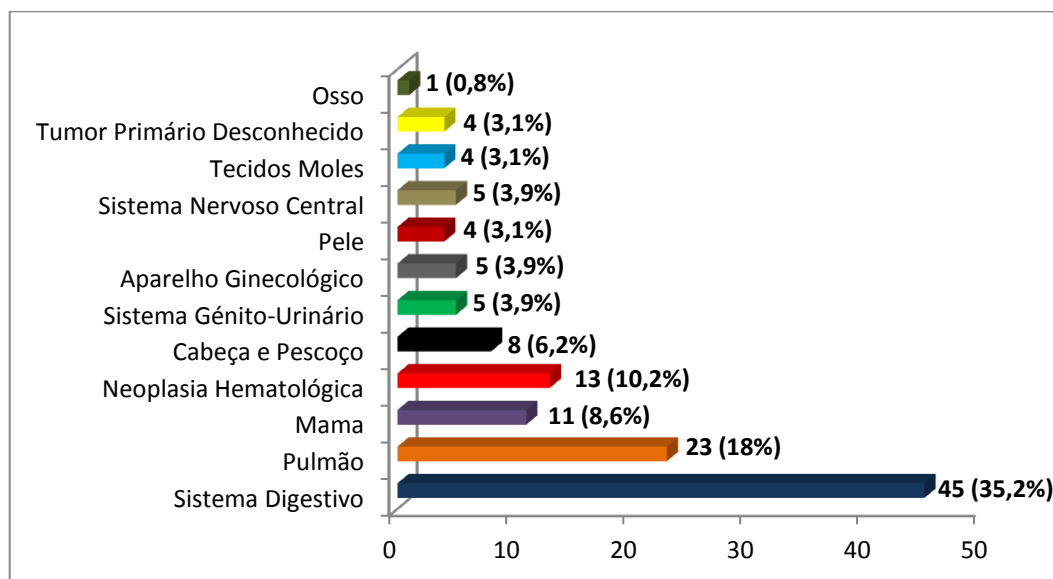


Gráfico nº 2 Distribuição por localização da neoplasia primária.

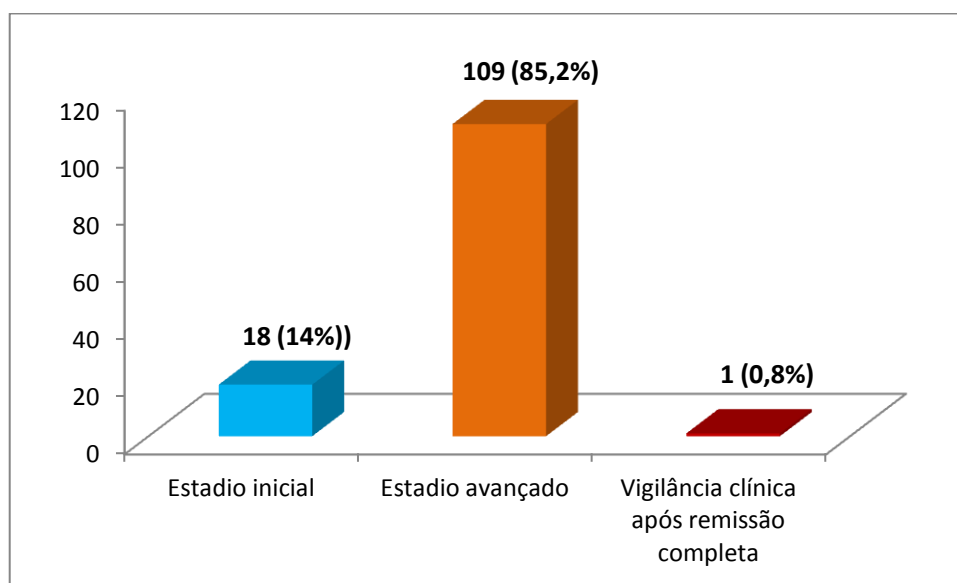


Gráfico n° 3 Distribuição por estadio ou fase da evolução da doença.

Os 106 doentes observados em contexto de internamento incluíram 30 doentes no *Elizabeth Bruyère Hospital* e 76 doentes no *The Ottawa Hospital*. Sessenta e um doentes eram do sexo feminino (58%) e 45 do sexo masculino (42%), com uma mediana de idade 66 anos (21-88). Destes doentes, 89% apresentavam doença oncológica avançada, mas é de salientar que em 7 doentes a colaboração de cuidados paliativos foi requisitada durante a fase de terapêutica oncológica ativa (quimioterapia e/ou radioterapia paliativas). No que diz respeito ao tipo de intervenção da equipa de cuidados paliativos, 78 (74%) doentes necessitavam apenas de controlo sintomático e 28 (26%) requereram cuidados em fim de vida por doença terminal. Relativamente aos sintomas apresentados pelos doentes (mediana de 2 sintomas por doente, variando entre 1 e 5), os mais frequentes foram a dor, os sintomas gastrointestinais, a dispneia e o *delirium* (gráfico n° 4).

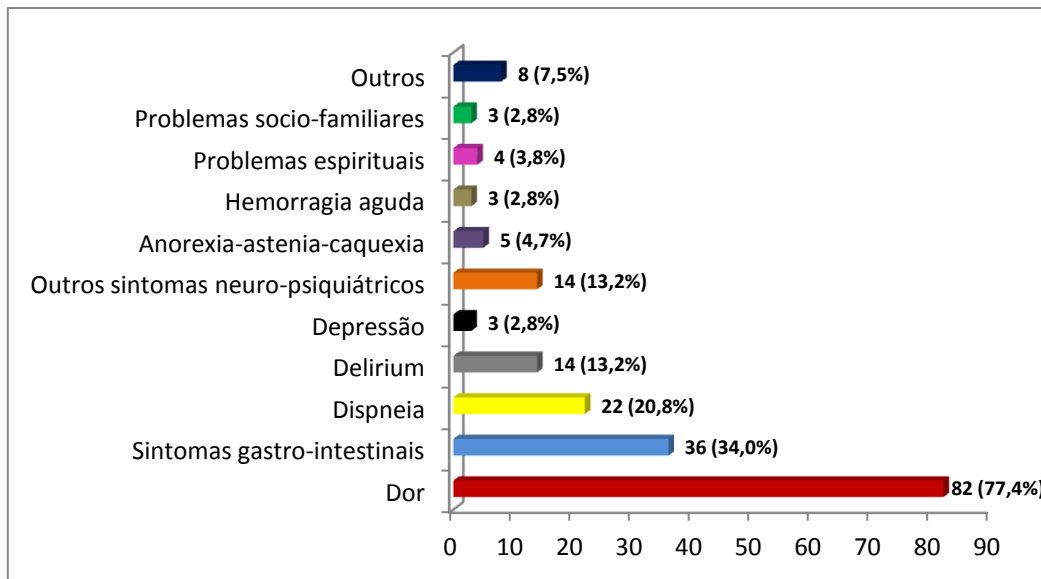


Gráfico n° 4 Sintomas apresentados pelos doentes em contexto de internamento.

Comparando os doentes internados no *Elizabeth Bruyère Hospital* e no *The Ottawa Hospital*, foi evidente que a proporção de doentes internados com intuito de receberem cuidados em fim de vida foi superior no *Elizabeth Bruyère Hospital* (37% *versus* 22%), sendo que a intervenção da equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos no *The Ottawa Hospital* era essencialmente para controlo sintomático (78%). Estas diferenças são facilmente explicadas pela diferente tipologia destes hospitais, sendo que o primeiro se trata de uma unidade de internamento com vocação para cuidados continuados e o segundo se trata de um hospital central vocacionado para doenças agudas, com internamentos de curta duração. Também o tipo de sintomas apresentados pelos doentes varia consoante o hospital, o que se correlaciona em parte com o objetivo principal da intervenção de cuidados paliativos (cuidados em fim de vida *versus* controlo sintomático). A hemorragia aguda catastrófica foi observada apenas no *Elizabeth Bruyère Hospital*. Outros sintomas foram observados numa proporção maior no *Elizabeth Bruyère Hospital* do que no *The Ottawa Hospital*: sintomas gastrointestinais, sobretudo obstipação e oclusão intestinal maligna (43% *versus* 30%) e problemas sociofamiliares (7% *versus* 1,3%). Por outro lado, no *The Ottawa Hospital* foram mais prevalentes sintomas como a dor (87% *versus* 53%) e o *delirium* (15% *versus* 10%).

Em contexto de ambulatório (clínica de cuidados paliativos e controlo sintomático e unidade de dor oncológica complexa), foram observados 22 doentes oncológicos num total de 32 consultas, 10 sexo feminino (45%) e 12 do sexo masculino (55%), com idade mediana de 60 anos (22 - 82). De salientar que a proporção de doentes com doença oncológica avançada é menor em comparação com o internamento (68%) e que foi observado um doente sobrevivente de cancro do cólon, que apresentava dor neuropática, sequela dos tratamentos oncológicos efetuados previamente. Também foi evidente que o número de sintomas apresentados pelos doentes era menor neste contexto, com um valor mediano de 1 (1 – 3). Em comparação com o internamento, os sintomas são de carácter físico, sendo os mais frequentes a dor e os sintomas gastrointestinais (gráfico nº5). Neste âmbito, registaram-se 4 casos de sintomas que correspondiam a efeitos secundários e/ou sequelas de terapêuticas oncológicas (2 casos de dor neuropática, 1 caso de disfunção erétil e 1 caso de dor central pós-cirúrgica) pelo que se torna evidente a importância da colaboração precoce entre cuidados paliativos e oncologia.

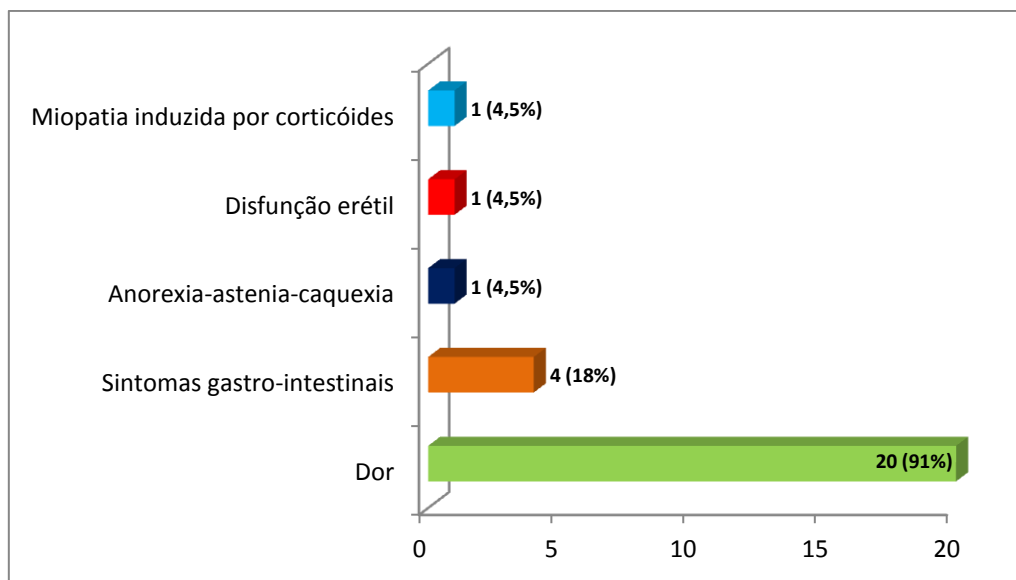


Gráfico nº 5 Sintomas apresentados pelos doentes em contexto de ambulatório.

De seguida, são descritas e analisadas as estratégias adotadas para controlo dos principais sintomas apresentados pelo conjunto dos 128 doentes oncológicos observados durante o estágio, incluindo internamento e ambulatório.

1.1 DOR

A dor é um sintoma complexo que interfere com diversos aspetos da vida, nomeadamente, com a capacidade funcional física, com os estados psicológico e emocional, bem como com a interação social, estando frequentemente associada a um impacto negativo na qualidade de vida. A prevalência da dor na população oncológica varia amplamente, sendo influenciada por diversos fatores como o tipo de cancro, o estadio da doença, as terapêuticas oncológicas em curso e as comorbilidades do indivíduo. Estima-se que a prevalência da dor na população oncológica corresponda a cerca de 30 a 60% em doentes sob terapêutica antineoplásica ativa e a mais de 66% naqueles com doença avançada (GOUDAS, 2005; TEUNISSEN, 2007). Em 85% dos casos, a dor encontra-se diretamente relacionada com o cancro em si, no entanto, em 17% das situações, ela é secundária às terapêuticas oncológicas (GROND, 1996).

Na população de 128 doentes oncológicos assistidos durante o estágio, 102 (80%) apresentavam dor. O tipo de dor mais frequente foi a dor nociceptiva (56%), estando a dor neuropática e a dor mista presentes em 24% e 19% dos casos, respetivamente. Salienta-se que um doente tinha como etiologia da dor uma compressão medular condicionada por metastização óssea na coluna vertebral e 3 outros doentes apresentavam fratura patológica em locais de metastização óssea. Por outro lado, foram observados ainda dois casos particulares: um caso de dor central como sequela de intervenção cirúrgica após exérese de um tumor cerebral e um caso de dor total. O caso clínico de dor total dizia respeito a uma doente com comorbilidades psiquiátricas de difícil controlo (doença bipolar e ansiedade), associadas a um contexto sociofamiliar peculiar que promoveu o desenvolvimento de uma personalidade de dependência afetiva excessiva, de insegurança e de reduzida autoestima. Estas características pessoais traduziam-se num medo exacerbado em relação à perceção da dor, pelo que a doente pedia constantemente terapêutica com opioides, apesar de uma excelente capacidade funcional física. Registaram-se ainda um caso de dor neuropática secundária à terapêutica citostática e um caso de dor neuropática perineal secundária a amputação abdominoperineal num doente com antecedente de cancro do reto.

Relativamente à abordagem terapêutica observada, o tipo de fármacos usado para controlo da dor encontra-se descrito no gráfico nº 6. O número mediano de fármacos utilizado foi 2, com mínimo de 1 e máximo de 7. O analgésico não opioide usado foi o paracetamol (usado em 4 doentes). Dos 3 doentes com opioides fracos, 2 estavam medicados com associação tramadol/codeína e 1 doente com codeína.

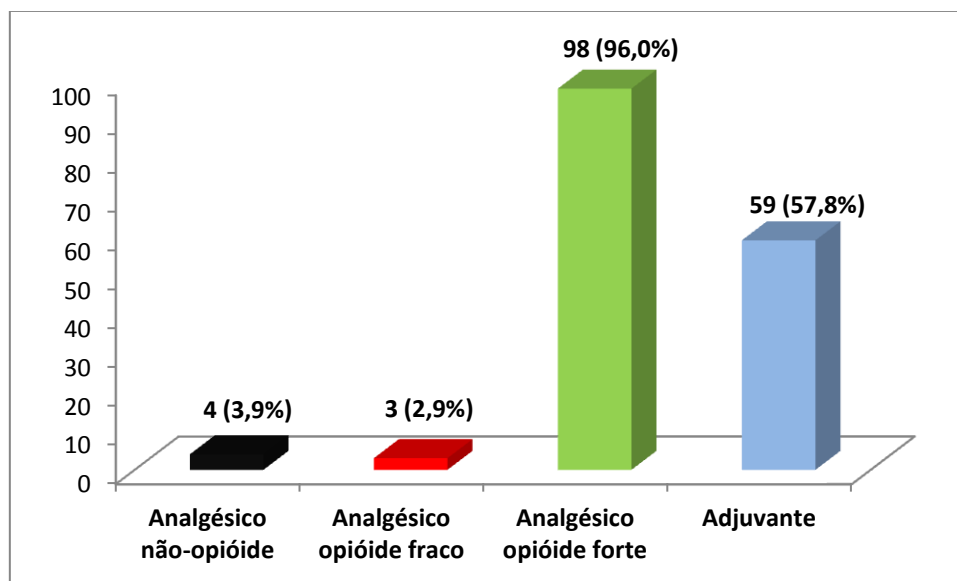


Gráfico nº 6 Tipo de fármacos utilizado para controlo da dor.

O tipo de opioide forte usado pode ser visualizado no gráfico nº 7. De salientar que dos 14 doentes sob metadona, em 9 o objetivo do uso deste opioide forte era como adjuvante para a dor neuropática em associação com outro analgésico opioide de base. O gráfico nº 8 evidencia o tipo de fármacos adjuvantes utilizados.

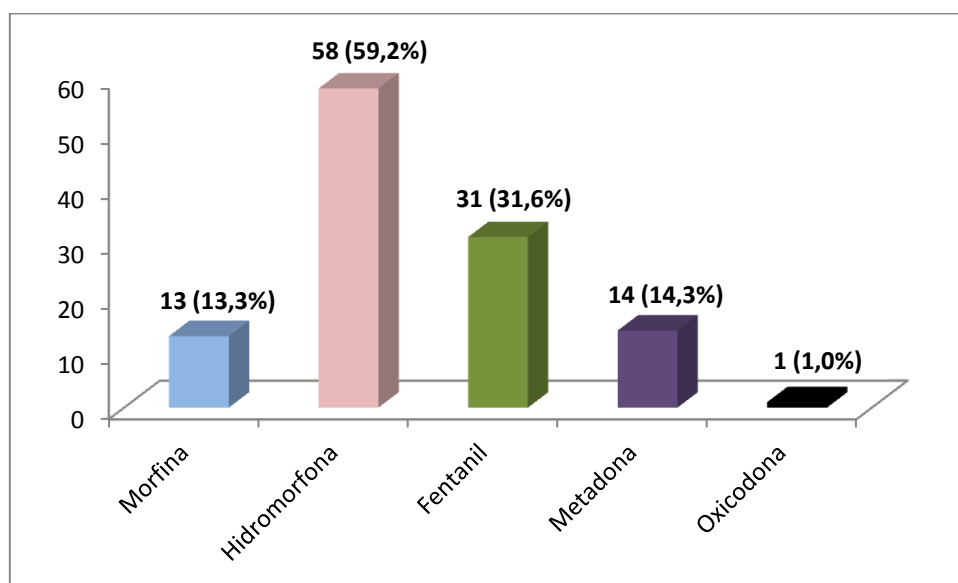


Gráfico nº 7 Tipo de opioide forte utilizado para controlo da dor.

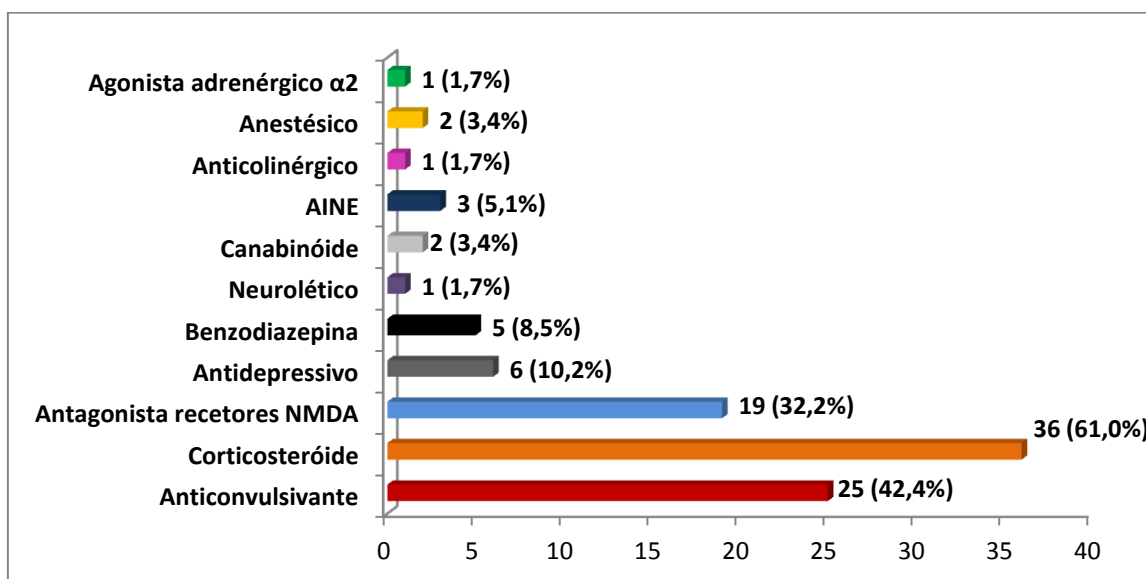


Gráfico nº 8 Tipo de fármacos adjuvantes utilizado para controlo da dor.

Estes dados são interessantes, uma vez que, comparando com os resultados de um estudo desenvolvido pela EAPC (KLEPSTAD, 2005), com o objetivo de avaliar a dor e o seu tratamento em 3030 doentes oncológicos de 143 unidades de cuidados paliativos em 21 países europeus, observamos na população de doentes oncológicos assistidos no Canadá uma utilização mais frequente de opioides fortes (96% *versus* 50%), um uso menos frequente da morfina (13% *versus* 50%) compensado por uma utilização mais ampla da hidromorfona (59% *versus* 1%), a qual constituiu o opioide mais usado nos doentes observados durante o estágio. Em termos de analgésicos adjuvantes, salienta-se o menor uso de AINE, em comparação com a realidade europeia (5,1% *versus* 26%).

De facto, durante o estágio foi evidente que a grande maioria dos doentes oncológicos observados no estágio tinha doença avançada (85%), associada a uma prevalência superior de dor intensa. No entanto, mesmo em doentes com dor moderada, o opioide forte constituía o tipo de analgésico preferencial na prática clínica. De acordo com a escada analgésica da OMS, os opioides fortes representam os analgésicos de eleição quando se trata de dor intensa (terceiro patamar da escada analgésica) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990; HANKS, 2001). No entanto, um estudo randomizado (MARINANGELI, 2004), com o objetivo de avaliar a utilização em primeira linha de opioides fortes no tratamento da dor ligeira a moderada em doentes com cancro avançado, em comparação com a estratégia *standard* segundo a escada analgésica da OMS, permitiu concluir que os opioides fortes permitiam um controlo mais eficaz da dor, com menos efeitos adversos (maior segurança e tolerabilidade) e menor necessidade de reajuste terapêutico, associando-se a uma melhoria da condição geral do doente e a uma maior satisfação deste com a terapêutica instituída. Isto é particularmente importante em doentes debilitados com doença oncológica avançada, mais vulneráveis a efeitos adversos da medicação especialmente dos AINE.

Outro aspeto curioso e inesperado observado durante o estágio foi a utilização marcadamente mais frequente de hidromorfona em comparação com a morfina. Segundo as recomendações da EAPC para o tratamento da dor oncológica, o opioide de primeira escolha no tratamento da dor oncológica moderada a grave é a morfina. A hidromorfona constitui uma das alternativas possíveis. Este fármaco corresponde a um análogo semissintético da morfina, um potente agonista μ seletivo tal como a morfina, mas com uma potência cerca de 5 a 10 vezes superior. Aparentemente, não existem diferenças significativas entre a hidromorfona e a morfina em termos de eficácia e

efeitos adversos, quando estes fármacos são usados em doses equianalgésicas (HANKS,2001). A hidromorfona é um composto altamente hidrossolúvel, disponível numa solução concentrada (10 mg/ml) que facilita a administração subcutânea ou intravenosa de doses relativamente elevadas. Também é referida a sua maior segurança e menor probabilidade de efeitos adversos inesperados quando usada em doentes com insuficiência renal, dada a baixa concentração sérica dos seus metabolitos ativos com excreção renal (QUIGLEY, 2003). Uma das explicações possíveis para a maior utilização da hidromorfona observada durante o estágio poderá relacionar-se com os mitos ainda enraizados na população em relação à morfina que fazem com que se use menos a morfina em detrimento de outros opioides fortes menos associados a estes mitos.

Além disso, foi evidente a utilização da metadona sobretudo como fármaco adjuvante nos casos de dor neuropática, em vez de ser utilizado como analgésico opioide primário. Alguns estudos (GAGNON,2003; MORLEY,2003) têm explorado o uso de metadona em dose baixa, em média 15 mg por dia, como adjuvante no tratamento da dor neuropática, pois sendo um antagonista NMDA poderá ter potencial utilidade no controlo deste tipo de dor. No entanto, uma publicação recente da *Cochrane* (NICHOLSON,2007), que avaliou os estudos randomizados sobre o papel da metadona na dor oncológica, concluiu que a metadona não apresenta eficácia superior à da morfina no controlo da dor neuropática.

Relativamente a toxicidade relacionada com o uso de opioides fortes, observaram-se 11 casos de *delirium*, 5 casos de mioclonias, 1 caso de hiperalgesia e 1 caso de sonolência excessiva. Para controlo dos efeitos secundários dos opioides, as estratégias adotadas foram a redução de dose de opioide, a rotação de opioides, a mudança de via de administração, midazolam para controlo das mioclonias e haloperidol para controlo do *delirium*.

A definição de “analgésico adjuvante” inclui qualquer fármaco cuja indicação primária não é o tratamento da dor, mas que apresenta efeito analgésico nalguns casos específicos de dor. Em cuidados paliativos, o termo “coanalgésico” é frequentemente usado como sinónimo de “analgésico adjuvante”. Estes fármacos podem ser administrados em combinação com um analgésico primário, geralmente um opioide, para promover um controlo mais eficaz da dor, tratar a dor refratária aos analgésicos primários ou permitir uma redução da dose analgésica de modo a minimizar os efeitos secundários. Os analgésicos adjuvantes incluem uma ampla diversidade de grupos de

fármacos, os quais podem ser sistematizados em várias categorias principais: analgésicos adjuvantes úteis para qualquer tipo de dor (multiusos); analgésicos adjuvantes para a dor neuropática; analgésicos adjuvantes para a dor óssea; analgésicos adjuvantes para a oclusão intestinal (HANKS,2010). Na população de doentes observada durante o estágio, 58% dos doentes estavam medicados com pelo menos um fármaco adjuvante. Os fármacos adjuvantes mais utilizados foram os corticosteroides (61%), os anticonvulsivantes (42%) e os antagonistas dos recetores NMDA (32%). O corticoide selecionado foi a dexametasona na grande maioria dos casos. Em relação aos anticonvulsivantes, foram usados a pregabalina em 14 doentes, a gabapentina em 10 doentes e o valproato noutro doente. A ketamina foi o antagonista dos recetores NMDA selecionado. Relativamente ao tipo de antidepressivo usado, 5 doentes estavam medicados com antidepressivo tricíclico (nortriptilina) e 1 doente com um ISRS. Salienta-se, em relação aos fármacos adjuvantes, por um lado, a utilização frequente de ketamina (sobretudo nos casos de dor neuropática ou mista), a utilização de canabinóides em dois doentes e a baixa frequência de utilização de AINE (5,1%).

O recetor NMDA está envolvido quer na sensitização dos neurónios centrais quer no funcionamento dos recetores opioides. Apesar da evidência de que os antagonistas NMDA possam ser utilizados como analgésicos adjuvantes multiusos, o seu potencial papel como uma nova terapêutica adjuvante para controlo da dor neuropática tem sido recentemente o principal foco de investigação. Existem quatro fármacos incluídos neste grupo: ketamina, dextrometorfano, memantina e amantadina. Existe uma evidência forte de que a ketamina apresenta efeito analgésico, sendo os resultados dos estudos mais contraditórios para os restantes antagonistas NMDA. A ketamina é um anestésico dissociativo que é usado, em cuidados paliativos, em doses subanestésicas como terapêutica oral, terapêutica intranasal para a dor irruptiva no contexto de dor crónica, em infusão curta subcutânea ou intravenosa para alívio da dor severa refratária ou em infusões mais prolongadas no contexto de cuidados em fim de vida. O perfil de efeitos secundários da ketamina, incluindo inquietude, disforia, pesadelos, taquicardia, hipertensão e delirium, é problemático, pelo que a sua utilização mais recomendada é a de curta duração para controlo da dor refratária, sob monitorização estreita. O uso concomitante de benzodiazepinas ou neuroléticos permite prevenir alguns destes efeitos secundários (HANKS,2010). Dois pequenos estudos (LAURETTI,1999; MERCADANTE,2000) sugerem melhoria do controlo da dor oncológica e redução da necessidade de opioide quando a ketamina é administrada em

associação com a morfina. No entanto, uma revisão *Cochrane* (BELL,2003) revelou que a evidência era insuficiente para avaliar os riscos e benefícios da ketamina como adjuvante no alívio da dor oncológica. Apesar da fraca evidência, em contexto de cuidados paliativos, a ketamina pode constituir uma potencial estratégia adjuvante para controlo da dor severa refratária, em particular a dor neuropática, na dor aguda intensa e na dor que surge no contexto da doença oncológica terminal (HANKS,2010).

Por outro lado, os canabinoides são derivados da planta *cannabis*, sendo o THC o composto psicoativo principal. Estes fármacos produzem analgesia através da modulação do sistema endocanabinoide, interagindo igualmente com múltiplos recetores no sistema nervoso periférico e central. Tem sido evidente a sua potencial utilidade como analgésicos multiusos em vários contextos, nomeadamente na fibromialgia, esclerose múltipla e na dor oncológica crónica (HANKS,2010). Um estudo observacional prospetivo em doentes com cancro avançado (MAIDA,2008) revelou que a terapêutica com nabilone foi benéfica no alívio da dor e de outros sintomas como a náusea, a ansiedade e o *stress* psicológico e esteve associada a uma menor necessidade de utilização de outros fármacos adjuvantes. Recentemente, um estudo randomizado multicêntrico duplamente cego (JONHSON,2010) que incluiu 177 doentes oncológicos revelou que o extrato de THC é eficaz no controlo da dor refratária aos opioides fortes, em doentes com cancro avançado, apresentando efeitos secundários apenas ligeiros a moderados. Um *spray* de aplicação oromucosa contendo THC e canabidiol está aprovado no Canadá para o tratamento da dor neuropática devida a esclerose múltipla ou como adjuvante no tratamento da dor em doentes com cancro avançado. Trata-se de uma formulação que permite uma absorção rápida através da mucosa bucal, com a possibilidade de titulação da dose pelo doente (RUSSO,2007). Existe igualmente uma formulação oral de nabilone, um canabinoide sintético cujo efeito analgésico é evidente na dor associada a espasticidade. Os principais efeitos secundários são as tonturas, sonolência e xerostomia (HANKS,2010).

Durante o estágio, as vias de administração de fármacos mais frequentemente usadas foram as vias oral (80%) e subcutânea (40%). Outras vias como a transdérmica, a transmucosa e a intratecal foram usadas numa pequena percentagem dos casos, 16%, 3% e 3%, respetivamente. A analgesia controlada pelo doente (ACD) foi utilizada em 43%, utilizando as vias subcutânea e intratecal. A via oral, a mais frequentemente utilizada nesta população de doentes, é a via preferencial de administração de fármacos

em cuidados paliativos, dada a sua simplicidade, comodidade e flexibilidade. No entanto, a mucosite oral, a disfagia, náuseas e vômitos severos ou a oclusão intestinal podem constituir limitações ao uso desta via. Em alternativa, a via subcutânea constitui a via parentérica mais comumente usada neste contexto. De facto, a via subcutânea representou a segunda via mais utilizada na população de doentes assistida durante o estágio. Esta via é igualmente simples e cómoda para o doente, permitindo a administração de uma grande diversidade de fármacos, de forma isolada ou em associação. Além disso, a biodisponibilidade é muito elevada, dada a ausência do efeito de primeira passagem hepática. As infusões subcutâneas contínuas são mais convenientes para o doente porque se associam a estabilidade dos níveis séricos do analgésico e, portanto, a um controlo mais eficaz da dor. Neste contexto, a utilização de uma bomba de perfusão subcutânea contínua com ACD é uma opção a considerar, uma vez que permite a administração, de forma autónoma, de doses em SOS para controlo da dor irruptiva (HANKS,2010). Um aspeto interessante observado durante o estágio foi precisamente a percentagem significativa de utilização da ACD (43%), o que demonstra uma preocupação em termos de comodidade e autonomia do doente oncológico no controlo da sua dor. A ACD permite um tratamento individualizado da dor, através da utilização de uma bomba para perfusão contínua por via subcutânea, intravenosa ou intratecal. Este dispositivo é programado pelo médico no que diz respeito à dose, ao intervalo mínimo entre as doses e à dose cumulativa permitida num dado período de tempo. Dada a eficácia da ACD no controlo da dor aguda, este tipo de estratégia tem sido igualmente utilizado no contexto do doente oncológico com dor crónica severa. Vários estudos não randomizados concluíram que a ACD é eficaz e segura no tratamento da dor oncológica crónica, estando associada apenas a efeitos secundários moderados. Os potenciais benefícios da ACD incluem a rapidez e facilidade de titulação da dose, a maior rapidez de administração das doses para controlo da dor irruptiva e a possibilidade de administração de diversos fármacos numa ampla variedade de doses. No entanto, é necessário monitorizar os efeitos secundários de forma cuidadosa e regular, em particular o *delirium*, sobretudo em doentes com cancro avançado e com maior debilidade física. Alguns clínicos sugerem que a ACD possa estar contraindicada em indivíduos com história de abuso de álcool ou fármacos/drogas ou com personalidade aditiva (DEV,2011).

Em relação a intervenções não farmacológicas, em todos os casos clínicos, era evidente uma preocupação da equipa multidisciplinar com a instituição de uma

abordagem holística da dor, valorizando não só as suas características físicas, mas também os fatores psicológicos, sociofamiliares e espirituais subjacentes. Sempre que eram detetados problemas de natureza psicológica, espiritual ou social, era promovida a intervenção direta dos respetivos profissionais da equipa. Ocasionalmente, eram necessárias intervenções de outras especialidades como a radioterapia, psiquiatria, ortopedia. Especificamente, o caso clínico de dor total requereu intervenção espiritual, psiquiátrica e psicológica. Em 19 casos, os doentes efetuaram tratamentos de radioterapia por metastização óssea e 3 outros doentes, com metastização óssea e fratura patológica foram submetidos a intervenção cirúrgica ortopédica para estabilização óssea. Um doente apresentava dor abdominal intensa por ascite sob tensão, pelo que a drenagem da ascite provocou alívio da dor.

1.2 SINTOMAS GASTROINTESTINAIS

Os sintomas gastrointestinais têm uma prevalência elevada na população de doentes com cancro avançado, tendo um impacto negativo significativo na qualidade de vida dos doentes. De seguida, é descrito e analisado o controlo sintomático dos principais sintomas gastrointestinais observados durante o estágio.

1.2.1 NÁUSEAS E VÓMITOS

As náuseas e vômitos constituem um sintoma complexo que gera sofrimento e ansiedade significativos em doentes oncológicos, sobretudo em doentes com doença avançada, nos quais a incidência pode atingir os 70% (HANKS,2010). A abordagem e controlo destes sintomas baseiam-se na identificação da causa subjacente, compreensão da fisiopatologia e conhecimento do mecanismo de ação dos vários fármacos antieméticos disponíveis. Estes fármacos incluem procinéticos, antagonistas da dopamina, anti-histamínicos, anticolinérgicos e antagonistas da serotonina e neurocinina. A dexametasona e o octreótido são igualmente usados, sobretudo em contexto de oclusão intestinal. Medidas não farmacológicas, relacionadas com o meio que rodeia o doente são importantes para otimizar o controlo das náuseas e vômitos. Vários síndromas principais podem ser identificadas como etiologia das náuseas e

vômitos: estase gástrica, alterações bioquímicas, hipertensão intracraniana, causa vestibular, oclusão intestinal ou íleo paralítico (GLARE,2008).

Na população de doentes observada, 15 doentes (11,7%) apresentavam náuseas e vômitos, dos quais 12 tinham diagnóstico de cancro avançado. Nenhum doente se encontrava sob terapêutica citostática. A etiologia destes sintomas estava relacionada com oclusão intestinal maligna em 4 doentes, obstipação em 5 doentes, hipertensão intracraniana em 2 doentes e uso de opioides em 4 doentes. O número de fármacos usados para controlar estes sintomas variou entre 1 e 4 (mediana 2) e incluindo procinéticos em 12 doentes (metoclopramida 11, domperidona 1), butirofenonas (haloperidol) em 6 doentes, corticosteroide (dexametasona) em 6 doentes, anticolinérgico (butilescopolamina) em 1 doente, fenotiazina (proclorperazina) em 1 doente e antagonista 5HT3 (ondansetron) em 3 doentes.

A abordagem terapêutica das náuseas e vômitos na população de doentes observada é semelhante à prática *standard* noutros serviços de cuidados paliativos ou de oncologia. Salienta-se o uso de um antagonista 5HT3 em doentes oncológicos sem terapêutica citostática, prática que é questionável em doentes em cuidados paliativos. Aliás, o uso de ondansetron para controlo das náuseas e vômitos é uma prática muito frequente, mesmo em doentes apenas em terapêutica de suporte. Apesar do elevado nível de evidência no controlo da emese induzida por quimioterapia, a evidência de benefício para controlo das náuseas/vômitos refratários em doentes com cancro avançado em cuidados paliativos não é tão forte. Existem dois estudos clínicos randomizados que avaliam a eficácia dos antagonistas 5HT3 no cancro avançado. Num estudo (MYSTAKIDOU,1998), o tropisetron mostrou-se mais eficaz do que os antieméticos convencionais para qualquer causa de náusea em doentes com cancro avançado. Noutro estudo (HARDY,2002), não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre ondansetron, metoclopramida e placebo para controlo das náuseas induzidas por opioides em doentes com cancro avançado. Há igualmente alguma evidência de que o seu uso possa ser eficaz na oclusão intestinal e na insuficiência renal, situações clínicas associadas a excesso de libertação de serotonina. No entanto, a sua utilização em cuidados paliativos deve ser cautelosa, dado que provocam obstipação em 5-10% dos doentes neste contexto. Além disso, o seu uso pode reduzir a eficácia do tramadol (GLARE,2011).

1.2.2 OBSTIPAÇÃO

A obstipação define-se como a defecação infrequente ou difícil com reduzido número de dejeções, associado ou não a fezes duras e desconforto durante a evacuação. Este sintoma ocorre em cerca de 40% dos doentes referenciados para um serviço de cuidados paliativos e em cerca de 90% dos doentes tratados com opioides. No doente oncológico, a obstipação pode resultar de múltiplos fatores, relacionados ou não com o cancro: obstrução mecânica, distúrbios neurológicos, medicação (ex: opioides), idade avançada, confusão, sedação, reduzida atividade física, reduzida hidratação ou ingestão de fibra, depressão, etc. (HANKS,2010; MANCINI,1998). A obstipação, quando não controlada, além de interferir negativamente com a qualidade de vida, pode acarretar complicações de gravidade variável, incluindo distensão e dor abdominal, retenção urinária, náuseas e vômitos, anorexia, hemorroidas, fissuras e abscessos perianais e perfuração intestinal. Em doentes com neutropenia, as fissuras e abscessos perianais podem conduzir a infeções sistémicas (AVILA,2004).

O controlo da obstipação pode ser dividido em intervenções gerais e medidas terapêuticas. As medidas gerais incluem eliminação de fatores médicos indutores de obstipação (ex: correção de desequilíbrio hidroeletrólítico, descontinuação de fármacos obstipantes não essenciais), aumento da ingestão hídrica e de fibras, meio confortável e privado para a defecação. As intervenções terapêuticas incluem agentes formadores de volume, agentes osmóticos, agentes de contacto catárticos, agentes para lavagem cólica, lubrificantes, procinéticos e metilnaltrexona (AVILA,2004).

Na população de doentes oncológicos observados durante o estágio, 20 doentes apresentavam obstipação (15,6%), todos com doença oncológica avançada e sob terapêutica com opioides, dos quais 8 doentes eram terminais. O número mediano de fármacos usados para a controlar foi de 2, variando entre 1 e 5. As intervenções terapêuticas usadas foram: laxantes polifenólicos estimulantes da peristalse (sene 17, bisacodil 7) em 20 doentes, laxantes osmóticos (lactulose) em 6 doentes, polietilenoglicol em 7 doentes, laxante salino (citrato de magnésio) em 1 doente, procinéticos em 3 doentes (2 metoclopramida e domperidona); laxantes por via retal em 4 doentes (supositório de glicerina, enema de citrato de sódio).

Um aspeto interessante observado foi a percentagem incrivelmente baixa de doentes com obstipação, apesar de a grande maioria desses doentes apresentar diagnóstico de cancro avançado e estar medicada com opioides fortes. Isto pode ser explicado pelo facto de a obstipação associada aos opioides constituir um dos focos

importantes da atenção da equipa de cuidados paliativos, sendo evidente que o início da terapêutica analgésica com opioide está quase sempre associada à prescrição de um laxante de administração regular, dado não existir tolerância para este efeito secundário. Além disso, foi notória a ausência de casos de obstipação refratária que justificassem o recurso à metilnaltrexona.

1.2.3 SUBOCLUSÃO/OCLUSÃO INTESTINAL MALIGNA

A oclusão intestinal é uma complicação potencial em doentes com neoplasias abdominais ou pélvicas; apesar de poder ocorrer em qualquer fase da doença, a sua incidência é maior na fase avançada, atingindo incidência máxima no carcinoma do ovário (entre 5,5 e 42%) e no cancro colorectal (4,4 a 24%). Vários estudos demonstraram que entre 3 e 15% dos doentes com cancro avançado tinha oclusão intestinal (MERCADANTE,2007). Os corticoides têm sido usados muito frequentemente em cuidados paliativos para alívio da oclusão intestinal pela redução do edema peritumoral associado à inflamação e pela sua ação antissecretora (redução da secreção de água e cloreto de sódio para o lúmen intestinal), induzindo redução da obstrução e alívio temporário da oclusão intestinal. Fármacos anticolinérgicos como por exemplo o glicopirrolato também têm sido tradicionalmente usados como agentes antissecretores. Recentemente, os análogos da somatostatina, particularmente o octreótido, têm sido usados cada vez mais nestas situações pela sua ação de redução da secreção intestinal e gástrica, bem como do fluxo biliar, através de mecanismos endócrinos complexos. A abordagem moderna tende à utilização de um tratamento multimodal, com inclusão de diferentes agentes, particularmente fármacos com toxicidade reduzida e diferentes mecanismos de ação, que, de forma sinérgica ou aditiva, melhoram os sintomas associados à oclusão intestinal. Estudos clínicos randomizados revelam que o octreótido pode ser mais eficaz que o butilbrometo de hioscina, enquanto que o papel dos corticoides é discutível, necessitando de mais estudos para comprovar a sua eficácia (MERCADANTE,2007).

Da população de 128 doentes oncológicos observada, 6 (4,7%) apresentavam subocclusão ou oclusão intestinal maligna. O número mediano de fármacos usado foi 3 (2 - 5). Três doentes tinham tumores intestinais primários, dois doentes tinham tumores extraintestinais com carcinomatose peritoneal e uma doente apresentava pseudomixoma peritoneal. Os fármacos usados incluíram octreótido em todos os doentes, corticoide

(dexametasona) em 4; nos casos de oclusão parcial foram também usados sene em 3, lactulose em 1 doente, procinéticos (metoclopramida) em 2 doentes, bisacodil em 3 e polietilenoglicol em 1 doente. Nestes doentes, é importante sublinhar que o uso de agentes laxantes e procinéticos deve ser muito cauteloso nos casos de oclusão intestinal maligna pois pode não só agravar a situação clínica como também provocar dor abdominal tipo cólica intensa. Além disso, o caso clínico do pseudomixoma peritoneal com oclusão intestinal era de tal modo grave que exigia nutrição e hidratação parentéricas, drenagem contínua do conteúdo intestinal por meio de uma sonda nasojunal ligada a um sistema de vácuo e controlo da dor abdominal por meio de morfina e bupivacaína por bomba infusora contínua intratecal com sistema de analgesia controlada pelo doente. Dado o sofrimento refratário desta doente, foi decidido em equipa e após discussão cautelosa com a doente e família eliminar a nutrição e hidratação parentéricas e instituir sedação paliativa.

1.3 SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS

O tipo de sintoma neuropsiquiátrico que é salientado, pela sua frequência e importância em contexto de cuidados paliativos, é o *delirium*. No entanto, outros sintomas como depressão, convulsões, agitação e ansiedade foram observados num reduzido número de doentes.

1.3.1 DELIRIUM

O *delirium* é definido como uma disfunção cerebral global inespecífica, de instalação aguda e potencialmente reversível, associada a perturbação da consciência, atenção, memória, percepção, pensamento, comportamento psicomotor, emoções e ciclo sono-vigília. Trata-se de um síndrome clínico que exige elevado grau de suspeição clínica para um diagnóstico correto e atempado, dada a sua terminologia ambígua, evolução flutuante no tempo e confusão com outras síndromes neuropsiquiátricas. Entre 1/3 e 2/3 dos casos não são diagnosticados, são confundidos com outros síndromas ou são diagnosticados tardiamente. O *delirium* hipoativo é o mais suscetível de ser confundido com depressão ou astenia. A prevalência em doentes com cancro avançado, em contexto de internamento, varia entre 28 e 50%, podendo atingir os 88% nos últimos dias de vida. Geralmente tem etiologia multifatorial e conhecem-se múltiplos fatores de

risco para *delirium* como idade avançada, demência ou outra patologia cerebral orgânica, infecções, desequilíbrio hidroeletrolítico ou interações medicamentosas (BARNES,2010; KEELEY,2009; LEONARD,2008).

Durante o estágio foram observados 14 (13,2%) doentes com *delirium*, 13 do tipo hiperativo e 1 do tipo hipoativo, 13 com doença avançada, 7 doentes terminais, todos em contexto de internamento. Destes doentes, 4 casos de *delirium* não estavam associados a toxicidade dos opioides. A abordagem do *delirium* consistiu no uso de haloperidol, na simplificação da terapêutica de modo a reduzir as interações medicamentosas, na correção de desequilíbrios hidroeletrolíticos existentes, na redução dose de opioide ou rotação de opioide, no tratamento de infeção quando existente, reforço da hidratação. Em 2 casos em que o *delirium* era devido a encefalopatia hepática foi usado o fenobarbital.

A abordagem terapêutica observada no estágio corresponde à abordagem *standard* do *delirium*. A maioria dos especialistas considera o haloperidol como o tratamento de primeira linha. Esta recomendação é parcialmente suportada por alguns estudos randomizados e pelo racional neurofarmacológico. As benzodiazepinas têm um papel importante isoladamente ou em associação com outros fármacos apenas no *delirium* associado à privação alcoólica. Em todos os outros casos, exceto se o objetivo é a sedação, as benzodiazepinas devem ser evitadas porque aumentam a frequência e a gravidade dos sintomas de *delirium* (CARACENI,2009).

1.4 DISPNEIA

A dispneia pode ser definida como uma experiência subjetiva de respiração desconfortável que ocorre em 29 a 74% dos doentes com cancro terminal, sendo considerado um sintoma gerador de *stress* e ansiedade significativos para o doente e família (BRUERA,1993). O tratamento da dispneia depende da causa subjacente, podendo vários mecanismos diferentes coexistir no mesmo doente, pelo que se torna necessária uma abordagem diagnóstica holística. Os doentes oncológicos apresentam frequentemente dispneia devido a causas, com mecanismos fisiopatológicos específicos, como são os casos de síndrome da veia cava superior, obstrução brônquica, linfangite carcinomatosa, derrame pleural e/ou pericárdico, complicações cardiovasculares, DPOC, pneumonia, asma, ascite volumosa ou acidose metabólica (RIPAMONTI,1998).

Durante o estágio, foram observados 22 doentes com dispneia. A intervenção farmacológica incluiu o recurso frequente a um opioide forte por via sistémica (morfina em 10 doentes, hidromorfona em 8 doentes) e a anticolinérgicos (escopolamina em 4 doentes, glicopirrolato em 3 doentes) para redução da quantidade de secreções na árvore respiratória. Além disso, outros fármacos usados incluíram: brometo de ipratrópio em 1 doente, salbutamol em 3 doentes, corticoide em 2 doentes, furosemida em 1 doente. De referir o uso de antibioterapia em 2 doentes com pneumonia e a realização de toracocentese com drenagem de derrame pleural maligno em 3 doentes. Em 3 casos de dispneia refratária, foi instituída sedação paliativa com midazolam em infusão subcutânea contínua, em associação com infusão de um opioide (morfina ou hidromorfona). Noutro doente foi usado midazolam apenas com intuito ansiolítico, como adjuvante para o controlo da dispneia. Em 8 doentes, foi observado o recurso à oxigenoterapia. A análise destes resultados revela que, de facto, os fármacos mais usados representaram os opioides por via sistémica, não se observando qualquer caso de administração de opioide por via inalatória, o que está de acordo com a evidência científica atual. Os anticolinérgicos foram também frequentemente usados, sobretudo em contexto de cuidados em fim de vida. Aspeto curioso é a utilização de oxigenoterapia num número significativo de doentes, dado vários estudos concluírem que não é eficaz no alívio da dispneia em doentes paliativos. Outro aspeto muito interessante foi o de uma abordagem holística da dispneia, de forma sistemática em todos os doentes, por parte da equipa multidisciplinar, segundo o conceito de dispneia total, tendo em conta os fatores psicológicos, espirituais e sociais.

De acordo com a literatura, além do tratamento do cancro subjacente sempre que tal seja possível, o tratamento sintomático da dispneia pode subdividir-se em intervenção farmacológica, oxigenoterapia e medidas gerais. Relativamente à intervenção farmacológica, os opioides constituem a primeira linha de tratamento para controlo sintomático da dispneia, tendo eficácia no seu alívio sem induzirem depressão respiratória. O mecanismo através do qual os opioides aliviam a dispneia não é bem compreendido. O uso de opioides por via sistémica alivia a dispneia, no entanto a evidência atual não apoia o uso de opioides por via inalatória (VIOLA,2008; RIPAMONTI,1998; URONIS,2008). No fim de vida, os anticolinérgicos podem ser eficazes na redução das secreções na árvore respiratória superior. A aspiração de secreções é geralmente ineficaz e traumática para o doente (THOMAS,2002). As benzodiazepinas podem ser úteis em associação aos opioides em casos de doentes com

ansiedade (NAVIGANTE,2006). Os glicocorticoides podem ser úteis no broncospasmo, síndrome da veia cava superior, linfangite carcinomatosa e pneumonite rádica. Os antibióticos são adequados para o tratamento de infecções respiratórias. Outros fármacos que podem ser utilizados incluem anticoagulantes para prevenir e tratar tromboembolia pulmonar e broncodilatadores para reverter o broncospasmo. O uso de agentes psicotrópicos e furosemida também pode ser considerado. Nos casos refratários, há indicação para sedação paliativa (THOMAS,2002). A evidência atual não suporta o uso de oxigénio para alívio da dispneia refratária em doentes oncológicos (BRUERA,1993;URONIS,2008).

Algumas terapêuticas não farmacológicas têm um papel importante no controlo da dispneia tal como ensino do controlo da respiração, técnicas de relaxamento, fisioterapia, posicionamento do doente e suporte psicossocial. Além disso, outra medida eficaz é o ar fresco com ventoinha dirigido à face do doente devido à estimulação do nervo trigémio que tem efeitos inibitórios centrais na dispneia (RIPAMONTI,1998; THOMAS,2002). Outra medida incluiu a educação do doente para administração em SOS de opioide antes de manobras que agravam a dispneia (RIPAMONTI,1998).

1.5 ANOREXIA-ASTENIA-CAQUEXIA

A caquexia oncológica é um síndrome multifatorial definido como um balanço proteico e energético negativo provocado pela combinação variável de redução da ingestão alimentar e metabolismo anormal. Uma característica essencial é a perda continuada e involuntária de massa muscular que não é totalmente revertida pelo suporte nutricional convencional, conduzindo a uma incapacidade progressiva. O seu diagnóstico é estabelecido quando se observa uma redução de peso superior a 5% nos 6 meses anteriores (BRUERA,2002; HANKS,2010). A caquexia é comum no doente oncológico, atingindo cerca de 50 a 75% dos doentes e associa-se não só a incapacidade, astenia e má qualidade de vida, como também é preditiva de um mau prognóstico com redução da sobrevivência e má resposta e maior toxicidade à quimioterapia (GRANDA-CAMERON,2010). A fisiopatologia da caquexia oncológica é complexa, no entanto, de uma forma global pode ser classificada em primária, se se tratar de um síndrome metabólico diretamente provocado por alterações imunitárias e humorais derivadas da presença do cancro, ou secundária, se estiver relacionada com a combinação de outros fatores variados como reduzida ingestão alimentar, reduzida

absorção gastrointestinal, condições catabólicas não relacionadas com o cancro como doenças crónicas ou infeções, inatividade prolongada (HANKS,2010).

Foram observados durante o estágio 11 doentes com cancro avançado e anorexia-astenia-caquexia, sendo que a terapêutica farmacológica incluiu corticoide e metilfenidato em 2 deles. A principal intervenção terapêutica foi do foro não farmacológico e correspondeu à integração de todos os doentes observados num programa de reabilitação individualizado na unidade de reabilitação do *Elizabeth Bruyère Hospital*. Observou-se melhoria da sensação geral de bem-estar, melhoria da capacidade funcional do doente e melhoria da astenia. Além disso, era fundamental nestes casos a colaboração da nutricionista com estabelecimento de uma dieta individualizada e fornecimento de adequados suplementos alimentares. Curiosamente, não foi observada a administração de acetato de megestrol.

Segundo a literatura, o plano de tratamento da caquexia e sintomas associados deve ser interdisciplinar e incluir abordagens farmacológicas e não farmacológicas para controlo sintomático, nutrição, fisioterapia e programa de reabilitação. A intervenção farmacológica pode incluir variados agentes como o acetato de megestrol, corticoides, anti-inflamatórios, EPA, canabinoides, antidepressivos, agentes procinéticos e esteroides anabolizantes. O tratamento não farmacológico inclui programas de exercício, exercícios de deglutição e aconselhamento nutricional. Os corticoides estão associados a melhoria do apetite, dos vómitos, da qualidade de vida, da sensação de bem-estar e do *performance status*, apesar de não se observar uma alteração significativa do peso. No entanto, dados os seus efeitos secundários, estão especialmente indicados para doentes com curta esperança de vida (HANKS,2010). O uso de psicoestimulantes como o metilfenidato tem sido usado em cuidados paliativos sobretudo em doentes com depressão e sonolência induzida por opioides, no entanto, estudos recentes indicam que possa estar associado a melhoria da astenia em doentes oncológicos com caquexia. Dada a escassa evidência neste âmbito, deve ser limitado a doentes com doença avançada ou uso de curto duração em doentes sob terapêutica ativa (HANKS,2010; MINTON,2011).

O aspeto mais marcante observado durante o estágio foi a importância atribuída à reabilitação em doentes com caquexia e astenia, com programas de exercícios físicos individualizados para cada doente, na unidade de reabilitação. Um estudo (YOSHIOKA,1994) avalia o resultado da fisioterapia em doentes oncológicos terminais internados num *hospice*. O índice de mobilidade de Barthel foi escolhido como objetivo

primário e foi registado antes e depois da participação no programa de fisioterapia. Foi observada uma melhoria média de 27% no índice de Barthel após a reabilitação. 63% dos doentes consideraram a fisioterapia eficaz. 47 doentes adquiriram autonomia de modo a regressarem ao domicílio. Este estudo demonstra que a reabilitação pode atenuar e desacelerar os efeitos do cancro na capacidade funcional do doente. Outro estudo (SCIALLA,2000) revela uma melhoria não só da capacidade física como também da função cognitiva em doentes oncológicos idosos com astenia, após um programa de reabilitação holístico. Estes resultados são válidos independentemente do tipo de cancro e das incapacidades específicas de cada doente. Outros estudos também demonstram uma melhoria da capacidade funcional numa percentagem significativa de doentes oncológicos após participação dos doentes em programas de reabilitação (COLE,2000; MARCINIAK,1996; MONTAGNINI,2003; SABERS,1999).

1.6 HEMORRAGIA AGUDA CATASTRÓFICA

A hemorragia clinicamente significativa ocorre em 6 a 10% dos doentes com cancro avançado. Qualquer forma de hemorragia persistente é uma fonte de *stress* e sofrimento para o doente, família e profissionais. Ocasionalmente ocorre hemorragia catastrófica. É necessário planeamento antecipado em todas as situações de hemorragia, sobretudo naquelas com potencial de hemorragia maciça. O planeamento para um episódio de hemorragia inclui: fornecer toalhas escuras para tornar o sangue menos evidente; educar a família/cuidadores sobre como aplicar pressão se existir uma fonte específica de hemorragia; educar a família/cuidadores sobre como posicionar um doente com hemoptise maciça ou hematemesa; fornecer sedativos para alívio da ansiedade. O midazolam é um ansiolítico de rápido início de ação que pode ser administrado por via intravenosa ou subcutânea. As opções para palição da hemorragia incluem: medidas locais como compressão local, hemostáticos tópicos, modificações posturais, radioterapia, embolização paliativa e endoscopia; medidas sistémicas como derivados plasmáticos, transfusões de plaquetas, vitamina K, fator VIIa recombinante, agentes antifibrinolíticos (PROMMER,2005). A hemorragia grave pode ocorrer em qualquer tipo de neoplasia, mas em particular nos tumores de cabeça e pescoço, gástricos e pulmonares. Há consenso sobre a administração de sedação dos doentes com hemorragia catastrófica. No internamento, a prescrição em SOS de midazolam em doentes com elevado risco de hemorragia catastrófica é uma prática recomendada. Em

relação a doentes com cancro avançado e trombocitopenia, a transfusão de plaquetas é vista como uma medida de controlo sintomático e o seu uso deve ser avaliado individualmente (PEREIRA,2009).

Durante o estágio, foram observados 3 doentes com risco de hemorragia aguda catastrófica, com os diagnósticos de carcinoma epidermóide da laringe, melanoma do lábio e cancro epidermóide do pulmão. Estava prescrita medicação em SOS: morfina, midazolam e escopolamina num caso; hidromorfona, midazolam e escopolamina noutro caso; midazolam e morfina no outro. Na doente com melanoma do lábio, a hemorragia catastrófica foi o evento terminal, tendo sido administrada de imediato a medicação prescrita em SOS, com sedação da doente. Esta prática está de acordo com a literatura. Associadamente foram aplicadas medidas gerais referidas previamente.

1.7 AGONIA

Os cuidados de saúde nas últimas horas de vida têm como objetivo essencial o controlo da dor e de outros sintomas, ao mesmo tempo que se pretende garantir uma morte digna e serena e prestar apoio aos familiares e cuidadores. Na fase terminal, áreas essenciais que devem ser abordadas são: controlo sintomático e medidas de conforto, comunicação com o doente, família e cuidadores, necessidades psicológicas, sociais e espirituais. Os sintomas mais comuns são a dor, náuseas e vômitos, agitação e dispneia. Outros problemas podem incluir incapacidade de deglutição, obstipação, problemas urinários, secreções respiratórias, hemorragia e convulsões. É portanto essencial a prescrição ativa de fármacos para controlar estes sintomas, tais como analgésicos, antieméticos, sedativos e anticolinérgicos. A via oral deve ser usada sempre que possível, no entanto quando ela não é possível ou é elevado o risco de se tornar indisponível, deve ser usada uma via parentérica como a via subcutânea (CHAPMAN,2011).

Durante o estágio foram observadas várias situações de agonia em que eram notórios os aspetos acima referidos, sendo que a principal atenção era, além da medicação prescrita em SOS destinada aos sintomas mais frequentes nesta fase, proporcionar serenidade à família de modo a prepará-la para o luto. O processo de transmissão de um prognóstico reservado à família era feito de forma antecipada de modo a permitir um ajustamento emocional à situação de perda iminente.

A atividade assistencial nas diversas áreas do controlo sintomático previamente referidas foi complementada com informação científica relevante na área do controlo sintomático, veiculada através de vários tipos de reuniões académicas, abaixo mencionadas. Além disso, foi possível a participação num *workshop* sobre trabalho de equipa (anexo B).

a) Sessões académicas para médicos internos, com duração de 1 hora, subordinadas a diversos temas:

- Últimos Dias e Horas de Vida;
- Trabalho de Equipa;
- Dispneia;
- *Delirium*;
- Dor Total

b) *City wide rounds*, com duração de 1 hora, alusivas aos temas seguintes:

- Ventilação não invasiva em Cuidados Paliativos;
- Revisão da farmacologia e evidência dos anti-psicóticos em Cuidados Paliativos;
- Emergências em Cuidados Paliativos.

c) Sessões de *journal club*, com duração de 1 hora, em que foram apresentados os seguintes artigos científicos:

PRICE, A.; MATTHEW, H. – The treatment of depression in patients with advanced cancer undergoing palliative care. Curr Opin Support Palliat Care. ISSN 1751-4258. Vol. 3 (2009) p. 61-66.

MORITA, T. – Association between hydration volume and symptoms in terminally ill cancer patients with abdominal malignancies. Annals of Oncology. ISSN 1011-1093. Vol. 16 (2005) p. 640-647.

BRUERA, E. – Effects of parenteral hydration in terminally ill cancer patients: a preliminary study. J Clin Oncol. ISSN 2310-2366. Vol. 23, nº 10 (2005) p. 2366-2371.

MACK, J. – End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. J Clin Oncol. ISSN 2807-1203. Vol. 28, nº 7 (2010) p. 1203-1209.

De salientar ainda a participação ativa numa sessão de *journal club* através da apresentação do seguinte artigo científico:

MINTON, O. – Psychostimulants for the management of cancer-related fatigue: a systematic review and meta-analysis. J Pain Symptom Manage. ISSN 2125-1796. Vol. 41, nº 4 (2011) p. 761-767.

d) *Half day academic session*, com duração de 3 horas, intitulada “Prescribing drugs in palliative patients”.

e) *Medical Rounds*, com duração de 1 hora, subordinadas aos temas:

- Caquexia;

- “Comfort measures in medical and oncology units: good practice or self-fulfilling concept? “

2. COMUNICAÇÃO

A aquisição de competências de comunicação com o doente oncológico e a sua família é essencial para a construção de uma relação com o médico alicerçada na confiança e verdade, ao longo das várias fases de evolução da doença. Não só este tipo de relação é importante para promover a adesão do doente ao tratamento, numa fase de terapêutica oncológica ativa em que a cura ou controlo da doença são expectáveis, como também é fundamental numa fase mais avançada da doença, de modo a permitir que o doente compreenda os novos objetivos terapêuticos de controlo sintomático e alívio do sofrimento, reorganize os seus projetos de vida, se reconcilie com a família e amigos, desenvolva uma esperança realista e atinja serenidade apesar do prognóstico reservado. De facto, um estudo que incluiu 1032 doentes paliativos e cujo objetivo era a avaliação das suas necessidades de informação revelou que, ao contrário do que é estimado pela maioria dos médicos, mais de 90% dos doentes desejavam informação sobre o diagnóstico, tratamentos disponíveis e seus efeitos secundários, a evolução clínica durante a terapêutica e o prognóstico da doença (FALLOWFIELD,2002).

Durante o estágio, o acompanhamento diário da atividade clínica da equipa prestadora de cuidados paliativos permitiu a observação de vários estilos de comunicação entre o médico e o doente. O estilo predominante foi a comunicação empática, a qual é construída com base em elementos verbais e não verbais. Em termos de linguagem verbal, foi evidente que a condução da entrevista clínica e a transmissão de más notícias, ocorrendo num ambiente de maior privacidade possível, se baseavam numa comunicação honesta com o doente, veiculando informação em relação ao estado clínico e prognóstico na medida das necessidades expressas por ele. Os intervalos voluntários de silêncio por parte do médico eram fundamentais para permitir ao doente uma ventilação emocional em reação à informação recebida, com expressão dos seus medos, angústias, ansiedade, dúvidas e incertezas. A empatia e a solidariedade com o sofrimento do doente eram sobretudo transmitidas através da linguagem não verbal, como por exemplo, uma posição corporal sugestiva de uma escuta interessada, o contacto com a mão ou ombro do doente, o assentimento com a cabeça com o objetivo de validar os sentimentos do doente. A presença permanente de uma cadeira ao lado da cama de cada doente permitia que o médico assumisse a posição de sentado durante a visita médica diária, transmitindo ao doente a sua proximidade e disponibilidade. O estabelecimento de uma relação médico-doente deste tipo é fundamental em cuidados paliativos, nomeadamente para permitir a expressão dos desejos do doente relacionados

com cuidados em fim de vida e a sua participação na decisão terapêutica, o que lhe confere maior autonomia, controlo e dignidade.

As conferências familiares são importantes para resolver conflitos familiares, transmitir o prognóstico à família, tomar certas decisões terapêuticas, informar sobre alterações significativas da evolução clínica do doente de modo a preparar adequadamente a alta hospitalar ou, por outro lado, transmitir um prognóstico de morte esperada preparando a família para o luto. A participação em várias sessões de conferência familiar, onde estavam presentes, além do doente e sua família ou outros cuidadores, o médico e a assistente social, numa sala que oferecia a privacidade necessária para o efeito, permitiu observar a manifestação de alguns conflitos familiares, sobretudo motivados por antagonismo entre os desejos do doente e os da sua família. O médico e a assistente social assumiam o papel de moderadores, comunicando com eles de modo a promover a construção de uma solução consensual para o problema por parte da própria família, com atenção primordial aos desejos do doente. Estas sessões não raramente eram o início de uma reconciliação entre os vários elementos da família. Em todo o processo de comunicação com o doente e a sua família é necessário ter em conta as suas crenças espirituais, religiosas, bem como os fatores emocionais e psicológicos subjacentes.

Durante as reuniões semanais de serviço, as dificuldades de comunicação com certos doentes eram discutidas em equipa multidisciplinar no sentido de estabelecer estratégias de comunicação adequadas. Por exemplo, dois doentes internados, com uma personalidade claramente manipuladora e aditiva, verbalizavam permanentemente dor de elevada intensidade com pedido insistente de aumento da dose de opioides, apesar da sua expressão corporal e a sua capacidade funcional, quando não observados pelo médico, revelar o contrário. Nestes casos, foi fundamental a observação deste antagonismo para interpretar adequadamente os sintomas do doente e valorizar os fatores psicológicos subjacentes, não cedendo ao impulso natural de aumentar a dose de opioides.

De referir ainda a participação numa sessão de *journal club* onde foram apresentados os seguintes artigos científicos:

MACK, J. – End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. J Clin Oncol. ISSN 2807-1203. Vol. 28, nº 7 (2010) p. 1203-1209.

KIRK, P.; KIRK, I.; KRISTJANSON, L. – What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. BMJ. ISSN 38103-423576-55. Vol. 328, nº 7452 (2004) p. 1343-1349.

Além disso, a sessão académica para médicos internos sobre “Últimos Dias e Horas de Vida” focou formas de transmissão de más notícias, sobretudo no fim de vida.

Todos estes aspetos observados durante o estágio permitiram *a posteriori*, durante a atividade clínica diária, refletir sobre o estilo próprio de comunicação e introduzir melhorias de modo a desenvolver uma forma de comunicação empática e a contornar dificuldades de comunicação com o doente ou com a sua família.

3. INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

A investigação clínica na área dos cuidados paliativos reveste-se de diversas dificuldades que limitam a qualidade da evidência científica: populações pequenas e heterogéneas incluídas nos estudos; a debilidade física, psíquica e emocional dos doentes paliativos; a prevalência significativa de confusão e *delirium*, sobretudo em doentes terminais hospitalizados; o financiamento escasso. Além disso, a metodologia científica habitual, com recurso a métodos exclusivamente quantitativos, não é adequada para responder a uma parte significativa das questões de investigação na área dos cuidados paliativos, sendo necessário recorrer a métodos qualitativos, cujo nível de evidência nem sempre tem sido devidamente valorizado pela comunidade científica. É igualmente importante, quando se desenvolve um trabalho de investigação no âmbito dos cuidados paliativos, refletir sobre alguns aspetos éticos fundamentais, como por exemplo: a vulnerabilidade desta população obriga a um controlo maior da forma de obtenção do consentimento informado; o processo de resposta a questionários ou observação de um doente vulnerável no contexto de um estudo pode ter um impacto negativo no bem-estar físico, psíquico e emocional do doente e da sua família (HANKS, 2010).

Durante o estágio, os objetivos no âmbito da investigação clínica foram atingidos quer através da interação com a equipa de investigação local, quer através de outras diversas atividades desenvolvidas pela candidata. A participação em reuniões da

equipa de investigação permitiu assistir à apresentação e discussão de novos projetos de investigação com o objetivo de serem desenvolvidos no serviço.

Foi possível participar igualmente numa sessão académica sobre investigação qualitativa, com duração de 3 horas, e numa sessão de *journal club*, onde foi apresentado o seguinte artigo científico:

BINGLEY, A. – Developing narrative research in supportive and palliative care: the focus on illness narratives. Palliat Med. ISSN 1011-1177. Vol. 22 (2008) p. 653-658.

Além disso, o contacto com a metodologia quantitativa foi estabelecido através da colaboração ativa com a equipa de investigação local na colheita e registo de dados e seguimento de doentes internados incluídos num estudo prospetivo intitulado “A multi-centre randomised trial of methadone switching protocols in patients with advanced cancer” (anexo C). Neste estudo, foi observado todo o processo de obtenção do consentimento informado do doente, bem como o processo de randomização e inclusão no estudo.

Em termos de investigação clínica retrospectiva, refere-se a participação ativa como coinvestigadora num estudo retrospectivo subordinado ao tema “A retrospective chart review of the practice and documentation of palliative sedation therapy on a palliative care inpatient unit”, na fase de colheita e análise dos dados. Este trabalho foi apresentado em formato *poster* no 7th *World Research Congress of the EAPC*, que decorreu entre 7 e 9 de Junho de 2012 em Trondheim, na Noruega (anexo D).

Além disso, foi desenvolvido um projeto de estudo prospetivo “Estudo-piloto para avaliação da eficácia, no controlo da dor, da terapêutica com hidromorfona OROS® a cada 24h *versus* morfina de libertação prolongada a cada 12h, em doentes com dor oncológica crónica, refratária à terapêutica com analgésicos dos 1º e 2º patamares da escada da OMS, submetidos a titulação com morfina de libertação rápida”, com o objetivo de ser implementado no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E., em altura oportuna (anexo E).

Ainda no âmbito dos objetivos propostos para a área da investigação, refere-se a escrita do artigo científico intitulado “Eutanásia: realidade, mitos e preconceitos” (anexo F). O objetivo da escrita deste artigo enquadra-se na problemática atual da discussão do processo de legalização/despenalização da eutanásia em Portugal, no

sentido de defender uma abordagem de cuidados paliativos como método de alívio do sofrimento e conferência de autonomia e dignidade aos doentes terminais.

Ao desenvolver estas atividades, foi possível compreender as particularidades e limitações da investigação clínica em cuidados paliativos e refletir sobre os aspetos éticos a ela associados. Foi possível não só contactar com metodologias quantitativas e qualitativas de investigação, como também compreender a importância da investigação qualitativa no estudo de certas temáticas em cuidados paliativos, no âmbito da espiritualidade, psicologia e comunicação por exemplo, temas que não se coadunam com metodologias de investigação exclusivamente quantitativas.

4. FORMAÇÃO

No âmbito da formação, foi promovida uma ação de formação no Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, E.P.E., com duração de 1 hora, no dia 4 de novembro de 2011, dirigida a médicos e enfermeiros de vários serviços, subordinada ao tema “*Delirium* no Doente Oncológico” (anexo G). O tema foi escolhido tendo em conta a frequência elevada de *delirium* no doente oncológico, sobretudo na fase terminal e em contexto de internamento, e a baixa frequência de um diagnóstico correto e atempado. O objetivo foi o de alertar os profissionais de saúde daquela instituição para esta problemática, de modo a melhorar a prestação de cuidados ao doente oncológico.

SUGESTÕES DE MUDANÇA PESSOAL E PROFISSIONAL

Um estágio observacional corresponde apenas a um primeiro passo para a aquisição de competências práticas no âmbito dos cuidados paliativos. Sem dúvida que a integração em equipas multidisciplinares de serviços de cuidados paliativos referência a nível internacional, com uma vasta experiência clínica e de investigação, proporcionou uma abertura de horizontes muito enriquecedora para a prática clínica de uma futura oncologista.

No que diz respeito ao âmbito profissional, o estágio permitiu refletir sobre eventuais mudanças a serem implementadas na nossa prática clínica. Em relação ao controlo da dor, é importante contrariar a realidade portuguesa de opiofobia, adotando um uso mais frequente de opioides nos doentes oncológicos, sobretudo naqueles com doença avançada, com recurso a uma titulação adequada e monitorização dos seus efeitos secundários. Além disso, de modo a minimizar os efeitos secundários dos opioides e oferecer um controlo ótimo de certos tipos de dor, como a dor neuropática, o recurso a diversos adjuvantes, escolhidos criteriosamente, deve ser implementado de uma forma mais sistemática. Neste contexto, ao contrário da realidade observada no nosso local de trabalho, deve ser reduzido o uso de AINE, dando preferência a outros fármacos adjuvantes. Foram observados aspetos muito interessantes durante o estágio, respeitantes ao controlo da dor, nomeadamente a analgesia controlada pelo doente e o uso frequente de fármacos como a metadona e a ketamina, com visível impacto positivo no controlo sintomático, aliado a uma maior autonomia e satisfação por parte do doente. No entanto, um estágio observacional não só não permite a aquisição de competências técnicas de utilização clínica desses fármacos, como também as condições logísticas do nosso serviço não possibilitam a aplicação de analgesia controlada pelo doente. Por outro lado, relativamente a sintomas gastrointestinais, no caso do controlo das náuseas e vómitos, abandonar o uso de antagonistas da 5-HT₃ em doentes que não se encontram sob quimioterapia, dada a ausência de eficácia desses agentes neste contexto. Relativamente ao controlo da dispneia, é essencial o uso sistemático de opioides por via sistémica e limitar a oxigenoterapia às situações clínicas estritamente necessárias, dado que o seu uso em cuidados paliativos não se revelou eficaz nos estudos clínicos. Além disso, o recurso a outras técnicas como uma ventoinha ou técnicas psicológicas de relaxamento pode ser útil na rotina clínica. Por outro lado, o estágio veiculou a

importância da valorização da dispneia como sintoma, em íntima relação com os fatores psicológicos, sociais e espirituais subjacentes, segundo um conceito de dispneia total, ao contrário da prática comum de relação direta da dispneia com a saturação periférica de oxigénio. Outra modificação essencial que o estágio suscitou foi um aumento do grau de suspeição em relação ao *delirium*, de modo a permitir a sua deteção precoce e abordagem terapêutica atempada, sobretudo os casos de *delirium* hipoativo, tantas vezes confundidos com depressão. Ainda relativamente à área do controlo sintomático, a eventual integração de uma abordagem de fisioterapia no contexto da astenia-anorexia-caquexia será um aspeto a ponderar na prática clínica. Por outro lado, o estágio permitiu refletir sobre o uso criterioso da alimentação por sonda nasogástrica ou nutrição parentérica no doente oncológico terminal com caquexia, pois estas intervenções, apesar de constituírem prática comum na oncologia médica, de uma forma geral não estão indicadas. No contexto específico da agonia, é fundamental a instituição rápida de terapêutica para controlo sintomático e uma comunicação atempada com a família, ao contrário da prática médica frequente de abandono do doente. Além disso, quando presentes sintomas refratários às terapêuticas médicas habituais, devemos promover a utilização adequada de sedação paliativa após discussão devida com o doente e sua família. Em todos os aspetos de controlo sintomático referidos, o estágio veiculou a importância fulcral de uma avaliação holística dos vários sintomas, sendo um pilar fundamental um trabalho em equipa multidisciplinar bem coordenado.

De uma forma global, o estágio proporcionou uma reflexão profunda não só sobre a importância de uma articulação precoce entre oncologia médica e cuidados paliativos, mas também sobre os limites éticos da utilização quimioterapia paliativa, de modo a não prolongar artificialmente a vida à custa de um maior sofrimento do doente e da sua família. Na área da comunicação, fomos sensibilizados para a integração, de uma forma consciente, da linguagem não verbal na comunicação com o doente como um meio importante para construir um estilo de comunicação mais empático, transmitindo solidariedade com os sentimentos do doente. Por outro lado, aquando do desenvolvimento de projetos de investigação na área da oncologia médica, serão ponderadas outras metodologias de investigação além do método quantitativo (qualitativa, mista), de acordo com os objetivos específicos de cada estudo.

Em termos pessoais, o estágio permitiu uma mudança de perspetiva sobre a morte e o morrer, no sentido de encarar este fenómeno de uma forma natural, reduzindo o seu impacto negativo. Isto permitirá prestar uma melhor assistência ao doente

oncológico terminal e à sua família, transmitindo-lhes serenidade. Com os doentes, foi fundamental a aprendizagem do conceito de esperança realista, mesmo perante as circunstâncias mais adversas e o prognóstico mais sombrio. O estágio permitiu uma reflexão sobre os valores essenciais da vida, sobre a compaixão com quem sofre. Como país multicultural, que é o Canadá, o enriquecimento pessoal foi evidente pelo contacto e respeito de diversas crenças e culturas e pela reflexão sobre o impacto que o contexto cultural e social tem nas decisões em fim de vida e nas decisões terapêuticas.

CONCLUSÃO

Apesar da limitação inerente a um estágio observacional, a realização de estágio no contexto de mestrado de cuidados paliativos permitiu uma experiência pessoal e profissional, indubitavelmente, enriquecedora para o nosso futuro profissional, através da consolidação de conhecimentos teóricos e da abertura de novos horizontes, com vista à aquisição de competências técnicas e científicas em assistência clínica, investigação clínica e formação em cuidados paliativos. Assim, em face dos resultados observados, designadamente, nos âmbitos do controlo dos sintomas mais frequentes no doente oncológico, da comunicação com o doente oncológico e sua família, da investigação clínica e da formação, foi possível gerar mudanças essenciais, quer a nível da perspetiva pessoal perante um indivíduo com uma doença progressiva e incurável, quer a nível da atividade assistencial no contexto do doente oncológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AVILA, J. - Pharmacologic treatment of constipation in cancer patients. Cancer Control. ISSN 1515-3835. Vol. 11, nº 3 (2004) p.10-18.
- BARNES, J.; KITE, S.; KUMAR, M. - The recognition and documentation of delirium in hospital palliative care inpatients. Palliat Support Care. ISSN 2030-7363. Vol. 8, nº 2 (2010) p. 133-136.
- BELL, R.; ECCLESTON, C.; KALSO, E. - Ketamine as an adjuvant to opioids for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev. ISSN 1253-5471. Vol. 1 (2003) CD003351.
- BRUERA, E. - ABC of palliative care: Anorexia, cachexia and nutrition. BMJ. ISSN 0212-7742 . Vol. 315, nº 7117 (2002) p. 1219–1222.
- BRUERA, E.; DE STOUTZ, N. - Effects of oxygen on dyspnoea in hypoxaemic terminal-cancer patients. Lancet. ISSN 0099-5355. Vol. 342, nº 8862 (1993) p. 13-14.
- CARACENI, A.; SIMONETTI, F. - Palliating delirium in patients with cancer. Lancet Oncol. ISSN 1918-5834. Vol. 10, nº 2 (2009) p. 164–172.
- CHAPMAN, L.; ELLERSHAW, J. - Care in the last hours and days of life. Medicine. ISSN 1435-0098. Vol. 39, nº 11 (2011) p. 674-677.
- COLE, R.; SCIALLA, S.; BEDNARZ, L. - Functional recovery in cancer rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil. ISSN 1080-7103. Vol. 81, nº 5 (2000) p. 623–627.
- DEV, R.; DEL FABBRO, E.; BRUERA, E. - Patient-controlled analgesia in patients with advanced cancer. Should patients be in control? J Pain Symptom Manage. ISSN 0885-3924. Vol. 42, nº 2 (2011) p. 296-300.
- FALLOWFIELD, L.; JENKINS, V.; BEVERIDGE, HA - Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. Palliat Med. ISSN 1213-2542. Vol. 16, nº 4 (2002) p. 297-303.
- GAGNON, B. - Methadone in the treatment of neuropathic pain. Pain Res Manag. ISSN 1465-7982. Vol. 8, nº 3 (2003) p. 149-154.
- GLARE, P. - Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. Clin Interv Aging. ISSN 1311-109. Vol. 6 (2011) p. 243-259.
- GLARE, P. - Treatment of nausea and vomiting in terminally ill cancer patients. Drugs. ISSN 1909-3700. Vol. 68, nº 18 (2008) p. 2575-2590.
- GOUDAS, L. - The epidemiology of cancer pain. Cancer Invest. ISSN 1581-3511. Vol. 23, nº 2 (2005) p. 182-190.

- GRANDA-CAMERON, C. - An interdisciplinary approach to manage cancer cachexia. Clin J Oncol Nurs. ISSN 1034-1188. Vol. 14, n° 1 (2010) p. 72-80.
- GROND, S. - Assessment of cancer pain: a prospective evaluation in 2266 cancer patients referred to a pain service. Pain. ISSN 8867-0252. Vol. 64, n° 1 (1996) p. 107-114.
- HANKS, G. - Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. Br J Cancer. ISSN 2001-1680. Vol. 84, n° 5 (2001) p. 587-593.
- HANKS, G. – Oxford textbook of palliative medicine. 4^a ed. Nova Iorque: Oxford University Press, 2010. ISBN 978-0-19-857029-5. p. 333-341; 495-510; 706-734; 801-812; 833-850; 888-927.
- HARDY, J. - A double-blind, randomised, parallelgroup, multinational, multicentre study comparing a single dose of ondansetron 24 mg p.o. with placebo and metoclopramide 10 mg t.d.s. p.o. in the treatment of opioid-induced nausea and emesis in cancer patients. Support Care Cancer. ISSN 1190-4788. Vol.10, n° 3 (2002) p. 231–236.
- JONHSON, J. - Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group study of the efficacy, safety and tolerability of THC:CBD extract and THC extract in patients with intractable cancer-related pain. J Pain Symptom Manage. ISSN 1989-6326. Vol. 39, n° 2 (2010) p. 167-179.
- KEELEY, P. - Delirium at the end of life. Clin Evid. ISSN 0007-2405. Vol. 7 (2009) p. 2405.
- KLEPSTAD, P. - Pain and pain treatments in European palliative care units. A cross sectional survey from the European Association for Palliative Care Research Network. Palliat Med. ISSN 1621-8160. Vol. 19, n° 6 (2005) p. 477-484.
- LAURETTI, G. - Oral ketamine and transdermal nitroglycerin as analgesic adjuvants to oral morphine therapy for cancer pain management. Anesthesiology. ISSN 1036-0847. Vol. 90, n° 6 (1999) p. 1528-1533.
- LEONARD, M. - Delirium issues in palliative care settings. J Psychosom Res. ISSN 1870-7953. Vol. 65, n° 3 (2008) p. 289-298.
- MAIDA, V. - Adjunctive nabilone in cancer pain and symptom management: a prospective observational study using propensity scoring. J Support Oncol. ISSN 1840-2303. Vol. 6, n° 3 (2008) p. 119-124.
- MANCINI, I.; BRUERA, E. - Constipation in advanced cancer patients. Support Care Cancer. ISSN 2564-0002. Vol. 6, n° 4 (1998) p. 356-364.

- MARCINIAK, C. - Functional outcome following rehabilitation of cancer patient. Arch Phys Med Rehabil. ISSN 0855-4474. Vol. 77, n° 1 (1996) p. 54–57.
- MARINANGELI, F. - Use of strong opioids in advanced cancer pain: a randomized trial. J Pain Symptom Manage. ISSN 0885-3924. Vol. 27, n° 5 (2004) p. 409–416.
- MERCADANTE, S. - Analgesic effect of intravenous ketamine in cancer patients on morphine therapy: a randomized, controlled, double-blind, crossover, double-dose study. J Pain Symptom Manage. ISSN 1102-7905. Vol. 20, n° 4 (2000) p. 246-252.
- MERCADANTE, S.; CASUCCIO, A.; MANGIONE, S. - Medical treatment for inoperable malignant bowel obstruction: a qualitative systematic review. J Pain Symptom Manage. ISSN 1728-0927. Vol. 33, n° 2 (2007) p. 217-223.
- MINTON, O. - Psychostimulants for the management of cancer-related fatigue: a systematic review and meta-analysis. J Pain Symptom Manage. ISSN 2125-1796. Vol. 41, n° 4 (2011) p. 761-767.
- MONTAGNINI, M.; LODHI, M.; BORN, W. - The utilization of physical therapy in a palliative care unit. J Palliat Med. ISSN 1271-0571. Vol. 6, n° 1 (2003) p. 11-17.
- MORLEY, J. - Low-dose methadone has an analgesic effect in neuropathic pain: a double-blind randomized controlled crossover trial. Palliat Med. ISSN 1459-4148. Vol. 17, n° 7 (2003) p. 576-587.
- MYSTAKIDOU, K. - Comparison of the efficacy and safety of tropisetron, metoclopramide, and chlorpromazine in the treatment of emesis associated with far advanced cancer. Cancer. ISSN 974-0088. Vol.83, n° 6 (1998) p. 1214–1223.
- NAVIGANTE, A. - Midazolam as adjunct therapy to morphine in the alleviation of severe dyspnea perception in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage. ISSN 2005-0609. Vol. 31, n° 1 (2006) p. 38-47.
- NICHOLSON, A. - Methadone for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev. ISSN 1794-3808. Vol. 17, n° 4 (2007) CD003971.
- PEREIRA, J. - Control of bleeding in cancer. Cancer Treat Res. ISSN 1937-7932 . Vol 148 (2009) p. 305-326.
- PROMMER, E. - Management of bleeding in the terminally ill patient. Hematology. ISSN 1024-5332. Vol. 10, n° 3 (2005) p. 167–175.
- QUIGLEY, C. - A systematic review of hydromorphone in acute and chronic pain. J Pain Symptom Manage. ISSN 1259-0032. Vol. 25, n° 2 (2003) p. 169-178.

- RIPAMONTI, C.; FULFARO, F.; BRUERA, E. - Dyspnoea in patients with advanced cancer: incidence, causes and treatments. Cancer Treat Rev. ISSN 0305-7372. Vol. 24, n° 1 (1998) p. 69-80.
- RUSSO, E.; GUY, G.; ROBSON, P. - Cannabis, pain, and sleep: lessons from therapeutic clinical trials of Sativex, a cannabis-based medicine. Chem Biodivers. ISSN 1771-2817. Vol. 4, n° 8 (2007) p. 1729-1743.
- SABERS, S. - Evaluation of consultation-based rehabilitation for hospitalized cancer patients with functional impairment. Mayo Clin Proc. ISSN 1048-8785. Vol. 74, n° 9 (1999) p. 855–861.
- SCIALLA, S. - Rehabilitation for elderly patients with cancer asthenia: making a transition to palliative care. Palliat Med. ISSN 0267-6591. Vol. 14, n° 2 (2000) p. 121-127.
- TEUNISSEN, S. - Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. J Pain Symptom Manage. ISSN 1750-9812. Vol. 34, n° 1 (2007) p. 94-104.
- THOMAS, J.; VON GUNTEN, C. - Clinical management of dyspnoea. Lancet Oncol. ISSN 1470-2045. Vol. 3, n° 4 (2002) p. 223-28.
- URONIS, H. - Oxygen for relief of dyspnoea in mildly- or non-hypoxaemic patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. Br J Cancer. ISSN 0007 – 0920. Vol. 98, n° 2 (2008) p. 294 – 299.
- VIOLA, R. - The management of dyspnea in cancer patients: a systematic review. Support Care Cancer. ISSN 0520-0386. Vol. 16 (2008) p. 329–337.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee. WHO Tech Rep Ser. ISSN 0170-2248. Vol. 804 (1990) p. 1–75.
- YOSHIOKA, H - Rehabilitation for the terminal cancer patient. Am J Phys Med Rehabil. ISSN 0751-5247. Vol. 73 (1994) p. 199–206.

ANEXOS

Anexo A: Certificado de estágio em cuidados paliativos.

Anexo B: Certificado de participação em *workshop* subordinado ao tema “Trabalho de Equipa Interdisciplinar”.

Anexo C: Sumário do protocolo de investigação do estudo “A multi-centre randomised trial of methadone switching protocols in patients with advanced cancer”.

Anexo D: Resumo e apresentação em formato *poster* do trabalho “A retrospective chart review of the practice and documentation of palliative sedation therapy on a palliative care inpatient unit”.

Anexo E: Projeto de investigação subordinado ao tema “Estudo-piloto para avaliação da eficácia, no controlo da dor, da terapêutica com hidromorfona OROS[®] a cada 24h *versus* morfina de libertação prolongada a cada 12h, em doentes com dor oncológica crónica, refratária à terapêutica com analgésicos dos 1º e 2º patamares da escada da OMS, submetidos a titulação com morfina de libertação rápida”.

Anexo F: Artigo científico intitulado “Eutanásia e Suicídio Assistido: Realidade, Mitos e Preconceitos”.

Anexo G: Certificado de apresentação do tema “*Delirium* no Doente Oncológico” em ação de formação.

ANEXO A

Certificat de participation

Certificate for participation

Bruyère, toujours là.

Bruyère Is There.



est décerné à / is hereby granted to

Dr. Cristina Azevedo

pour avoir participé / for participating in

Observership in Palliative Medicine, Feb 1- Apr 13, 2011

décerné par / granted by

Dr Tara Tucker

*heures d'apprentissage /
education hours*

375 hours

date

May 17, 2011

www.bruyere.org

SOINS CONTINUS
Bruyère
CONTINUING CARE



ANEXO B

Certificate of Completion

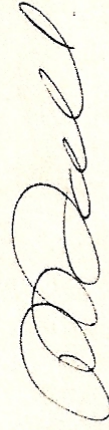
is hereby granted to

Cristina Azevedo

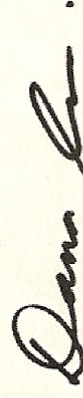
for the completion of the workshop entitled (6 hours)

Interprofessional Learning Activities Project
at Bruyère Continuing Care and Montfort Hospital

March 4, 2011



Dr. Pippa Hall, Professor
Faculty of Medicine, University of Ottawa



Dana Cross, BSc, MA, PMP, MHA(c) Acting Director
Academic Health Council



Hôpital
Montfort



CONSEIL ACADÉMIQUE EN SANTÉ
RÉGION OTTAWA

SOINS CONTINUS
Bruyère
CONTINUING CARE

ANEXO C

STUDY PROTOCOL

TITLE: A multi-centre randomised trial of methadone switching protocols in patients with advanced cancer

STUDY DRUG Methadone

DATE OF PROTOCOL 16.01.2009

CHIEF INVESTIGATOR: **Dr. Brian Creedon**
Specialist Registrar in Palliative Medicine / Medical Tutor
Our Lady's Hospice
Harold's Cross
Dublin 6W, IRELAND

Phone: + 353-1-4068891 / + 353-87-6373432
Email: bcreedon@olh.ie

SUPERVISOR: **Dr. Peter Lawlor**
Consultant Palliative Medicine Physician
Our Lady's Hospice
Harold's Cross
Dublin 6W, IRELAND

Phone: + 353 -1-4068700
Email: plawlor@olh.ie

RESEARCH SITES: **Our Lady's Hospice**
Harold's Cross
Dublin 6W, IRELAND
Phone: + 353-1-4068700

Palliative Medicine, Bruyère Continuing Care
43 rue Bruyère Street
Ottawa (Ontario), CANADA K1N 5C8
Phone: +1-613-562-6262

STATISTICIAN: **Dr. Kathleen Bennett,**
Clinical Epidemiologist and Biostatistician
Institute of Pharmacoeconomics, TCD
Trinity Centre for Health Sciences
St James's Hospital
Dublin 8, IRELAND.

Phone: + 353-1-8961303
Email: bennettk@tcd.ie

Trial summary:

Background: Methadone is generally reserved for the treatment complex cancer pain syndromes.^{12,13,15,16} Marked variation in equianalgesic dose ratios has been demonstrated when switching to methadone from stronger opioids.^{11,12} There are two commonly used methods of switching to methadone from other stronger opioids. Firstly, the Edmonton Method (EM)^{1,2} involves a phased incremental introduction of methadone over 3 days using an 8-hourly fixed dose regimen. There is a concomitant phased reduction in the dose of prior strong opioid over these 3 days. Secondly, the Morley and Makin method (MMM)³ involves stopping the prior strong opioid, calculating a methadone dose based on 1/30th of the oral morphine equivalent dose given over the 24 hours prior to switching, and making this available as needed at patient determined intervals of no more than 3 hours. Whilst both of these methods are commonly used in clinical practice, there is to date no published comparative study to demonstrate which method is safer and more efficacious.

Study design: A multi-centre prospective, open-label, randomised controlled trial in patients with cancer pain who will be admitted to specialist inpatient palliative care units. Patients will be randomised to either the EM or the MMM protocols. The aim is to compare the efficacy and safety of these protocols.

Objectives: To determine which of the two protocols, the EM or the MMM, is the safer and more efficacious when switching to methadone either in the absence or presence of delirium.

Treatment schedule: Informed consent for study participation will be sought from patients or assent from their proxy, in the case of consecutively admitted inpatients who

are identified by their attending physician as needing a switch to methadone. Patients will be randomised to either the MMM or EM, on the basis of centre and reason for switching. Based on the attending physician's decision as to the reason for switching to methadone, patients will enter either Study 1 or 2: those with inadequate analgesia in the absence of delirium will enter Study 1, and those having clinical evidence of delirium (CAM positive) with or without inadequate analgesia will enter Study 2.

Patients in Study 1 and 2 will be followed for 14 days following the first day of their respective methadone switch protocols. Based on data obtained from these studies, Study 3 will aim to determine the consumption dose ratio of methadone at stable dose consumption (CDR-SD) and stable analgesia (CDR-SA) for patients who reach stability within 14 days of commencing their switch to methadone

Assessments:

Pain will be assessed using:

- Edmonton Symptom Assessment System (ESAS),

- Patient Global Impression of Change (PtGIC)

- Brief Pain Inventory (BPI),

- Self-report version of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs pain scale (S-LANSS).

Toxicity (including OAN) will be assessed using the following:

- 0- 3 numerical rating scales (NRS) for respiratory depression,

- 0- 3 NRS for myoclonus,

- 0- 3 NRS for sedation

- 0-10 NRS for nausea (as part of the ESAS)

Delirium score from the Nursing Delirium Screening Scale (NuDesc).

The Confusion Assessment Method (CAM) will be used to make a diagnosis of delirium

Covariates to be measured include:

Demographics (age / sex / cancer type and stage)

Edmonton Classification System for Cancer Pain (ECS-CP)

Palliative Performance Scale score (PPS)

Glomerular Filtration Rate (GFR) as an index of renal function.

Primary endpoint:

Study 1: Day of stable pain control

Study 2: Day of resolution (partial or complete) of delirium.

Study 3: Day of stable dose consumption

Analysis:

A pilot study will be conducted in Our Lady's Hospice, Harold' Cross. This study will be 6-12 weeks duration with a likely total recruitment of 5-10 patients. This will allow statistical power calculations (for sample size) for the multicentre study.

As the primary outcome measure is time to stable pain control, Kaplan Meier plots and survival analysis, including Cox-proportional hazards models will be used. Hazard ratios and 95% CI will be obtained. The hazard ratio will be used to power the larger study assuming 80% power and a 2-sided significance level of 0.05. Secondary outcomes will be presented as rates. Significance at $p < 0.05$ is assumed. Analysis will be performed using SPSS statistical software packages. Intention to treat analysis and per protocol analysis will be used.

ANEXO D

A Retrospective Chart Review of the Practice and Documentation of Palliative Sedation on an Inpatient Palliative Care Unit

Michelle McKinnon^{1,2,5}, Cristina Azevedo⁴, Shirley H. Bush^{1,2,3}, Peter Lawlor^{1,2,3}, José Pereira^{1,2,3,5}

¹Division of Palliative Care, Department of Medicine, University of Ottawa (Ottawa, Ontario Canada), ²Brüyère Continuing Care (Ottawa, Ontario Canada)

³Brüyère Research Institute (Ottawa, Ontario Canada), ⁴Department of Medical Oncology, Portuguese Oncology Institute of Coimbra (Portugal)

⁵The Ottawa Hospital (Ottawa, Ontario Canada)

INTRODUCTION

- Palliative Sedation (PS) is recognized as an important and ethically justifiable intervention in palliative care to manage refractory symptoms that have not responded to the best, usual treatments in patients who are imminently dying. Several important criteria need to be met prior to initiating PS.
- PS has appropriately received increasing attention over the last few years and national and international guidelines and frameworks have been developed to guide practice^{1,2}. The need for such clinical guidelines and frameworks has recently been emphasized². These include the need to ensure best practices in this area and avoid inappropriate or inadequate use and misuse of this intervention.
- There are common elements across these guidelines and frameworks. These include, amongst others, appropriate monitoring and rigorous documentation prior to and throughout the treatment.
- To improve and standardize practices related to PS in the Champlain Region of eastern Ontario, Canada, the Region's End-of-Life Network commissioned an interprofessional group from across sectors and settings to develop clinical guidelines for PS for the Region. This work was completed in late 2010 and implementation and diffusion of the guidelines is underway.
- To assess the impact of the guidelines on clinical practice, our group conducted a study to establish baseline practices (i.e. prior to initiating the guidelines) on a palliative care unit in the Region. These results will be compared with a follow-up study 2 years after full implementation of the guidelines. The appropriateness of documentation in patient charts was selected as an important indicator.

RESEARCH QUESTIONS

- What was the nature and extent of documentation in the charts of patients receiving methotrimeprazine, midazolam and/or phenobarbital with the goals of achieving light or deep levels of sedation?
- Which medications were being used for PS on the unit and what doses were being used?

METHODS

- A literature review was conducted to determine best practices related to chart documentation in patients receiving PS. These included documentation regarding:
 - Explicit use of the term "Palliative Sedation";
 - The reasons why the symptom is regarded as being refractory (summary of treatments already tried and failed);
 - Do not resuscitate (DNR) in place;
 - Process and presence of consent from patient or surrogate decision maker;
 - Discussions around hydration and nutrition prior to implementing PS;
 - Death being imminent (life expectancy of hours to days);
 - Assessment of level of sedation and level of comfort/discomfort (at that time the unit did not use a standardized instrument to assess the level of sedation so the documentation relied on observations noted in the progress notes by the nursing and medical staff);
- A data extraction form was developed to extract the above data (i.e. extent of documentation), as well as patient demographic and medication-related information;
- A pharmacy database search was conducted on all patients admitted to our 36-bed Palliative Care Unit (PCU) at the Élisabeth Brüyère Hospital during 2008 (total of 456 admissions during that year). The charts of all patients who had received methotrimeprazine, midazolam and/or phenobarbital were then retrospectively reviewed by 2 researchers using a consensus approach (MM, CA);
- Inclusion criteria (i.e. considered PS):
 - A continuous infusion of midazolam at a dose of $\geq 10\text{mg}/24\text{ hours}$;
 - some patients were receiving midazolam at very small doses to manage anxiety without sedation;
 - Regular parenteral dosing of methotrimeprazine at a total daily dose of $\geq 75\text{mg}$;
 - Regular dosing of phenobarbital for the purposes of sedation, not seizure control;
 - Note that in our definition of PS we did not limit it to deep sedation but also included light levels of sedation;
- Unit Characteristics:
 - 36-bed unit. Includes two patient populations: an acute population with complex needs and a population with less complexity receiving end-of-life care.
 - Discharge rate during the study period was 12% with a monthly median length of stay that ranged from 9 to 22 days in 2008.

RESULTS

125 patients identified as possibly receiving PS

32 patients excluded:

- 15 — seizure prophylaxis (phenobarbital);
- 4 — died before PS initiated;
- 9 — low-dose medications for anxiety;
- 3 — receiving PS at time of admission;
- 1 — PS began a few days before study period.

93 patients included in study

93/456 (20.4%) of patients admitted to ÉBH PCU in 2008 required PS

Table 1: Patient Demographics (n=93)

Age	Mean	67
Range	33-93	
Percentage (%)		
Gender	Female	50
	Male	43
Diagnosis	Lung cancer	23
	GI cancer	16
	GU cancer	8
	Gynae cancer	7
	Breast cancer	5
	Haem malignancy	5
	Unknown 1 st cancer	5
	Pancreas cancer	4
	Prostate cancer	4
	PtN cancer	4
	CNS malignancy	1
	Other	8
	Non-cancer	3

Table 2: Documentation Recorded in Patient Charts (n=93) Percentage (%)

Do Not Resuscitate (DNR) orders in place	Yes	93	100
	No	0	0
Refractoriness described	Yes	50	53.8
	No	43	46.2
Symptoms identified for which PS required	Delirium	24	25.8
	Pain	17	18.3
	Dyspnea	14	15.1
	Anxiety	2	2.2
	Seizures	0	0
	Delirium & dyspnea	3	3.2
	Delirium & pain	3	3.2
	Other	2	2.2
	None	28	30.1
Informed consent explicitly stated	Yes	32	34.4
	No	38	40.9
	Implied	23	24.7
Use of the term "Palliative Sedation" or other similar term	Palliative sedation	8	8.6
	Sedation	25	26.9
	No documentation	60	64.5
Discussions prior to PS	Artificial hydration	0	0
	Artificial nutrition	0	0
Monitoring of sedation level	Once or more per shift	75	80.7
	Once daily	17	18.3
	Less than once daily	1	1.1
Monitoring of comfort level	Once or more per shift	75	80.7
	Once daily	18	19.3
	Less than once daily	0	0

Table 3: Medications Used for Palliative Sedation

	Mean daily dose in mg (+/- SD)	Median dose in mg	Number of cases in which drugs used for initiation* Percentage (%)
Midazolam	21.4 (+/- 25.0)	13	72/93 (77%)
Methotrimeprazine	89.6 (+/- 59.6)	80	41/93 (44%)
Phenobarbital	214.2 (+/- 150.6)	120	8/93 (8.6%)

* Note: In some cases, 2 or more drugs used concurrently.

CONCLUSION

- The study identified a very concerning lack of chart documentation surrounding PS on the PCU. The lack of documentation went across several areas, including consent discussions, the reasons why the symptoms were considered "refractory", and discussions regarding hydration and nutrition.
- From a medico-legal perspective, absence of documentation has to be interpreted as absence of discussions, actions and decisions, even though they likely did occur.
- The frequency of PS use (20.4% of all patients) also appears somewhat high compared to other recent reports. However, it includes patients on light levels of sedation. These have often been excluded in previous studies. Notwithstanding this, the threshold for using PS on the unit needs to be reviewed. Another challenge was the lack of consensus during the study period (2008) amongst staff on the definition of PS.
- It was also noted that several patients were initiated on two medications simultaneously for PS. This seems inconsistent with best-practices in which one begins with a first-line agent and then titrates it to effect before considering adding another drug if the goal of comfort is not achieved with one drug.
- These results have formed the basis for a Quality Improvement program related to PS, including the implementation of guidelines and education of staff. The need to explicitly state "palliative sedation" in the documentation is also highlighted. In this study the term (or similar term) was not even used in 60/93 charts.
- We anticipate the implementation of guidelines will improve documentation. The results of this study serve as a useful baseline with which to measure future impact of the guidelines and education. A standardized instrument to assist documentation is also being developed (The PASEF).

REFERENCES:

- Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007;10(1):67-85.
- Cherry NJ, Radbruch L. Board of the European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 2009;23(7):581-593.
- Claessens P, Mehta J, Schotmans P, Broekmans B. Palliative sedation: a review of the research literature. *J Pain Symptom Manage* 2008;36(3):310-333.
- The Champlain Region Palliative Sedation Clinical Practice Guidelines and Protocols. 2010 June (available via dgravelle@bruyere.org).

Abstracts of the 7th World Research Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC)

Trondheim, Norway,
7–9 June 2012

unit (SPCU). This review aims to determine the number of drugs prescribed and the frequency and nature of DO.

Methods: A retrospective chart review of regularly prescribed oral, enteral and nebulised medications was undertaken for 35 consecutive admissions in 2011.

Results: All 35 patients had cancer (23 males, median age 67, 43% died during admission). Patients were prescribed a median of 8 drugs on admission (range 2-17), 10 upon discharge (range 4-21) and 1 at time of death (range 0-15). During 650 admission days, 10902 drug doses were prescribed. 9% of these were not administered. The most frequent DO were laxatives (25%), mouthcare (17%) and nebulised drugs (10%). Analgesics and anti-emetics were less likely to be omitted. 32% of DO were due to the patient being asleep/drowsy and 29% due to patient refusal. Drugs were not available in 8% of DO. In 112 episodes, a drug was omitted for at least 24 hours with no medical documentation about this in 36% and no change in prescription in 77%. 32 episodes of DO lasted at least 72 hours prompting drug discontinuation in 40%. No harm as a result of these omissions was evident. While fewer drug doses were prescribed for patients who died during admission, the proportion of DO was higher (19%) than for those discharged (6%). DO increased in the last week of life (39%).

Conclusions: Polypharmacy is prevalent among SPCU inpatients, more so in patients being discharged. 9% of drugs were omitted with the frequency of DO increasing in those who were dying. Nursing staff administering drugs appear to select more 'important' drugs to administer if a patient is not able to manage all of their medications. Daily focused drug chart review should help to reduce and rationalise medication burden, reduce staff time, medication costs and improve patient safety.

Abstract number: P68

Abstract type: Poster

A Retrospective Chart Review of the Practice and Documentation of Palliative Sedation on an Inpatient Palliative Care Unit

McKinnon M.^{1,2}, Azevedo C.¹, Bush S.H.^{1,2,4}, Lawlor P.^{1,2,4}, Pereira J.^{1,2,4}

¹University of Ottawa, Palliative Care, Ottawa, ON, Canada, ²Brayère Continuing Care, Palliative Care, Ottawa, ON, Canada, ³Portuguese Oncology Institute of Coimbra, Department of Medical Oncology, Coimbra, Portugal, ⁴Élisabeth Bruyère Research Institute, Ottawa, ON, Canada

Background: Palliative Sedation (PS), the continuous use of sedating doses of medication to reduce consciousness and relieve refractory symptom distress in end-of-life care, is ethically acceptable if administered according to

standards of best practice. Adherence to clinical guidelines may prevent aberrant and inappropriate use of PS.

Research aims and methods: As a quality improvement strategy, we audited the practice and documentation of PS on our 36-bed inpatient palliative care unit (PCU). A pharmacy database search of all patient admissions in 2008 identified those for a subsequent chart review who received either a continuous infusion of midazolam ($\geq 10\text{mg}/24$ hours), regular parenteral dosing of methotimeprazine ($\geq 25\text{mg tid}$) or regular phenobarbital. Documentation levels of the process, medication use and patient monitoring were collected using a data extraction form based on current international PS standards.

Results: Of the 456 patients admitted, 93 (20.4%) received PS for a median of 2 days (range 0-18). All patients had a "do not resuscitate" order prior to initiation of PS. There was marked variation in the initial sedating medications used for PS: 54 (58%) patients started on a single agent and 39 (42%) on multiple agents. Forty (43%) patients were started on midazolam alone with a mean daily dose of 21.4mg (standard deviation 24.6). Interpretation and comparison of data was difficult due to the apparent lack of a consistent operational definition of PS. Patient records had no specific documentation in relation to PS initiation, clearly identified refractory symptoms, and informed consent in 60 (64.5%), 43 (46.2%) and 38 (40.9%) charts, respectively.

Conclusions: The lack of documentation and standardized practice of PS on our PCU highlights the need for further research and use of clinical practice guidelines.

No funding source

Abstract number: P69

Abstract type: Poster

A Survey for Barriers to and Benefits of Quality Improvement Projects and Assessment Tools as Perceived by Palliative Care Services

Brando A.¹, Sprunt O.¹, Hall J.²

¹Peter MacCallum Cancer Centre, Pain & Palliative Care, Melbourne, Australia, ²Victorian Department of Health, Cancer and Palliative Care Unit, Wellbeing, Integrated Care and Ageing Division, Melbourne, Australia

Objective: To identify dominant perceived barriers and benefits which impact on the implementation of quality improvement projects by palliative care services in an Australian state.

Methodology: A structured questionnaire was developed from in-depth interviews with 5 targeted palliative care providers from diverse clinical and administrative backgrounds. The questionnaire explored the relevance of 9 commonly perceived barriers and 8 benefits. Three questions were added to explore respondent's impression of

ANEXO E

TÍTULO: Estudo-piloto para avaliação da eficácia, no controlo da dor, da terapêutica com hidromorfona OROS[®] a cada 24h *versus* morfina de libertação prolongada a cada 12h, em doentes com dor oncológica crónica, refratária à terapêutica com analgésicos dos 1º e 2º patamares da escada da OMS, submetidos a titulação com morfina de libertação rápida

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

A dor crónica grave está frequentemente associada ao cancro.¹ A terapêutica com analgésicos opioides é eficaz no controlo da dor oncológica e é iniciada tipicamente no contexto de dor refratária à terapêutica com doses máximas de analgésicos não opioides.² As formulações de opioides de libertação prolongada, controlada ou modificada são utilizadas na prática clínica há mais de 25 anos.³ A Associação Europeia para os Cuidados Paliativos⁴ e a Sociedade Americana da Dor⁵ recomendam a utilização de formulações orais de libertação prolongada para a manutenção da analgesia em doentes com dor crónica, uma vez atingido o controlo da dor com as formulações orais de libertação rápida.

A hidromorfona, um opioide semissintético potente agonista μ , tem sido utilizada na prática clínica, desde há várias décadas, no controlo da dor oncológica moderada a grave, estando incluída nas *Guidelines* da OMS para o Tratamento da Dor Oncológica.⁶ A hidromorfona é aproximadamente 5 vezes mais potente do que a morfina, é mais hidrossolúvel e apresenta melhor biodisponibilidade por via oral.⁷ Vários estudos demonstraram uma eficácia e um perfil de segurança semelhantes aos da morfina e de outros opioides.^{8,9} As formulações orais de hidromorfona estão disponíveis nas modalidades de libertação rápida e prolongada.

OROS[®] consiste numa tecnologia recente que permite, através de um efeito osmótico, a libertação prolongada de fármacos por via oral, estando associada a uma redução da frequência de administrações, concentrações estáveis do fármaco, eficácia uniforme e melhoria do perfil de segurança. Esta tecnologia tem sido utilizada em diversas áreas terapêuticas.¹⁰ A hidromorfona OROS[®] está disponível na Europa para utilização clínica

desde 2006, nas doses de 4, 8, 16, 32 e 64 mg, com um intervalo de administração de 24h.¹¹

Vários estudos têm sido realizados sobre a eficácia e a tolerabilidade da hidromorfona OROS[®] em diferentes grupos de doentes, maioritariamente doentes com dor oncológica, alguns deles comparando a hidromorfona OROS[®] com outros opioides usados na prática clínica. Um estudo avaliou indivíduos com dor crónica oncológica ou não oncológica, que estavam sob terapêutica opioide prévia e que iniciaram terapêutica com hidromorfona OROS[®], tendo sido o processo de conversão e titulação para uma dose analgésica óptima relativamente seguro e bem tolerado.¹² Estes resultados estão em concordância com outro estudo que investigou a conversão de terapêutica opioide *standard* para o tratamento com hidromorfona OROS[®] numa administração diária única.¹³ Hanna et al¹⁴ comparou a eficácia e a segurança da hidromorfona OROS[®] em administração única diária com a morfina de libertação prolongada a cada 12h, em doentes com dor oncológica crónica. Este estudo comparativo, duplamente cego, bifásico, tinha como objetivo evidenciar equivalência entre a hidromorfona OROS[®] a cada 24h e a morfina de libertação prolongada a cada 12h, em doentes com dor oncológica crónica. O estudo envolveu uma primeira fase, em que eram comparadas as formulações de libertação rápida da morfina e da hidromorfona, e, posteriormente, uma segunda fase que tinha como objectivo a comparação da hidromorfona OROS[®] com a morfina de libertação prolongada a cada 12h. A equivalência foi estabelecida na primeira fase do estudo. Na segunda fase do estudo, não se demonstrou equivalência, havendo uma diferença entre os tratamentos favorável à hidromorfona OROS[®].

Em Portugal, a hidromorfona foi disponibilizada, recentemente, para uso na prática clínica, com a formulação de libertação prolongada do tipo OROS[®]. Sem acesso à formulação de libertação rápida da hidromorfona, a eficácia, o perfil de segurança e a tolerabilidade da conversão e titulação da terapêutica com outros analgésicos (opioides ou não-opioides) para a terapêutica com hidromorfona não está clarificada. Além disso, a terapêutica SOS para o controlo da dor irruptiva em doentes sob terapêutica analgésica com hidromorfona OROS[®] constitui, igualmente, um problema a esclarecer.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS:

Questão de investigação

Qual é a eficácia, no controlo da dor, da terapêutica com hidromorfona OROS[®] a cada 24h *versus* morfina de libertação prolongada a cada 12h, em doentes com dor oncológica crónica, refratária à terapêutica com analgésicos dos 1º e 2º patamares da escada da OMS, submetidos a titulação com morfina de libertação rápida?

Objetivo geral

- Explorar a utilidade da terapêutica com hidromorfona OROS[®] a cada 24h, na ausência de formulação rápida de hidromorfona, em doentes com dor oncológica crónica não controlada, com indicação para iniciar terapêutica com um opioide forte.

Objetivos secundários

- Avaliar o processo de titulação da dose com morfina de libertação rápida em doentes com dor não controlada sob terapêutica com hidromorfona OROS[®].
- Avaliar a eficácia da analgesia SOS com morfina de libertação rápida, no controlo da dor irruptiva, em doentes com dor não controlada sob terapêutica com hidromorfona OROS[®].
- Comparar o perfil de segurança da hidromorfona OROS[®] a cada 24h com o da morfina de libertação prolongada a cada 12h.

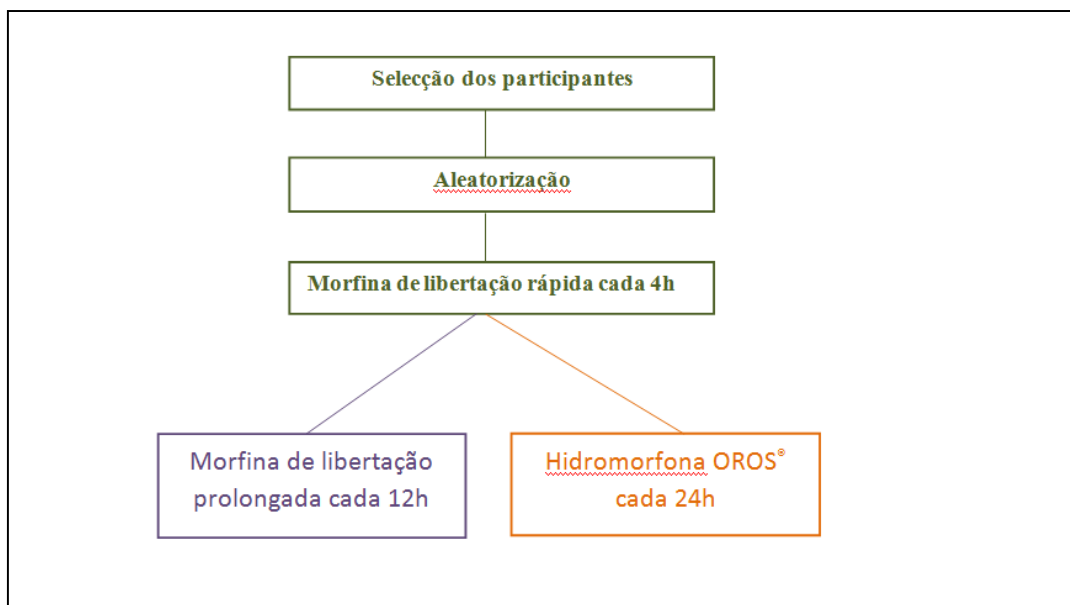
MÉTODOS:

Desenho do Estudo

Este estudo consiste num estudo-piloto, prospetivo, aberto, aleatorizado, no qual doentes com dor oncológica crónica, não controlada sob terapêutica com analgésicos dos 1º e 2º patamares da escada da OMS, iniciam, após um período de titulação com morfina de libertação rápida até controlo da dor, terapêutica com um opioide forte, aleatorizados em 2 braços em paralelo: hidromorfona OROS[®] a cada 24h *versus* morfina de libertação prolongada a cada 12h (Figura 1). A aleatorização dos doentes é feita numa proporção 1:1, através de uma lista informatizada. A conversão de morfina de libertação rápida para morfina de libertação prolongada segue o método geralmente aceite de cálculo da dose de

morfina nas 24h, posteriormente dividida em 2 doses para administração a cada 12h. No braço em que é iniciada a hidromorfona OROS[®] a cada 24h, são aplicados os princípios de rotação de opioides, com base na dose diária de morfina de libertação prolongada calculada no outro braço do estudo: a dose diária de morfina de libertação prolongada é submetida a uma redução de 20% da dose e posteriormente convertida na dose diária de hidromorfona, usando um *ratio* de conversão de 1:5 (1 hidromorfona: 5 morfina). Em cada um dos braços, a dose diária de opioide forte é sujeita a titulação cada vez que o doente apresentar > 3 episódios de dor irruptiva em cada 24h, com necessidade de analgesia em SOS. Nos 2 braços, a analgesia em SOS é constituída por morfina de libertação rápida, sendo a dose correspondente, de forma aproximada, a 1/6 da dose total diária. A titulação da dose é continuada até obtenção de controlo da dor. A dor é considerada controlada quando os doentes apresentarem, durante pelo menos 2 dias consecutivos, intensidade da dor $\leq 3/10$ na Escala Numérica, com ≤ 3 episódios de dor irruptiva em cada 24h com necessidade de analgesia em SOS, na ausência de efeitos secundários significativos. Este estudo-piloto irá ser realizado no Serviço de Cuidados Paliativos e na Consulta da Dor do Instituto Português de Oncologia de Coimbra.

Figura 1: Desenho do estudo.



Participantes

O estudo inclui doentes, em regime de ambulatorio e de internamento, com dor oncológica crónica moderada a grave, não controlada sob terapêutica com analgésicos do 1º ou 2º patamares da escada OMS, e que têm indicação para início de analgesia com um opioide forte. Os critérios de seleção dos participantes encontram-se listados na Tabela 1. A realização concomitante de quimioterapia e/ou radioterapia é permitida.

Tabela 1: Critérios de selecção dos participantes

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none">- Idade ≥ 18 anos- Presença de dor oncológica crónica:<ul style="list-style-type: none">- dor não controlada sob terapêutica com analgésicos do 1º ou 2º patamares da escada OMS- candidato a início de terapêutica analgésica com opioides fortes	<ul style="list-style-type: none">- Necessidade de terapêutica com outros opioides analgésicos, para além da morfina ou hidromorfona, após a aleatorização- Intolerância ou hipersensibilidade à hidromorfona ou outros opioides- Presença de distúrbios gastrointestinais graves o suficiente para impedir a analgesia por via oral (ex: disfagia, vômitos, obstrução intestinal, íleo paralítico)- Aumento da pressão intracraniana- Hipotensão (Tensão arterial média ≤ 70 mmHg)- Hipotireoidismo- Asma grave ou insuficiência respiratória grave- Hipertrofia prostática ou estenose uretral- Insuficiência renal moderada a grave- Insuficiência hepática moderada a grave- Distúrbios convulsivos- Coma- Doença de Addison- Utilização de inibidores da monoamina-oxidase até 2 semanas antes da participação no estudo- História atual ou recente (últimos 6 meses) de adição de álcool e/ou drogas- Mulheres férteis que estão grávidas, em período de amamentação, que pretendem engravidar ou sem terapêutica anticoncepcional adequada

Avaliação dos Resultados

A intensidade da dor, correspondente ao objetivo primário deste estudo, será avaliada recorrendo à Escala Numérica e ao parâmetro “Dor Máxima nas Últimas 24h” do *Brief Pain Inventory*, com registos antes do início do estudo, ao 7º e ao 14º dias após início de opioide forte de libertação prolongada. Os objetivos secundários incluem avaliações como o *Mini- Mental State Examination* (MMSE), o score de *performance status Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG), tempo até estabilização da dose analgésica, utilização e dose da medicação para controlo da dor irruptiva.

Os efeitos secundários e medicação concomitante irão ser registados ao longo do estudo. Proceder-se-á a exame físico dos doentes antes do início do estudo, ao 7º e ao 14º dias de terapêutica com opioide forte de libertação prolongada. Um controlo analítico (hemograma e bioquímica) é efectuado antes e no fim do estudo.

Os doentes são contactados diariamente durante a fase de titulação com morfina de libertação rápida e a cada 3 ou dias na fase de terapêutica com opioide de libertação prolongada.

Análise Estatística

Dado tratar-se de um estudo-piloto, com o objetivo de avaliar a exequibilidade de um estudo de maiores dimensões *a posteriori*, a dimensão proposta da amostra é de pelo menos 30 participantes em cada um dos braços. No caso da realização futura de um estudo semelhante de maiores dimensões, propõe-se a estimativa da dimensão ideal da amostra, para conferir a este segundo estudo uma potência de 90%.

A estatística descritiva será utilizada para caracterização da amostra em termos de características demográficas e situação clínica de base dos doentes.

A análise da eficácia no controlo da dor utiliza a média das duas últimas avaliações da intensidade da dor de acordo com a Escala Numérica e a “Dor Máxima nas Últimas 24h”.

Uma análise de covariância será utilizada para calcular o intervalo de confiança a 95% para a diferença entre as médias ajustadas com os 2 tratamentos. Um teste de equivalência será usado para comparar as medidas do *endpoint* primário. Em relação aos *endpoints* secundários, será utilizada uma análise de covariância semelhante à usada para o endpoint primário. O tempo até estabilização da dose será analisado através do teste *log-rank*. Serão referidos os valores de p para os *endpoints* secundários. A significância estatística será declarada sempre que $p < 0,05$.

Consentimento Informado

Todos os doentes incluídos neste estudo serão informados sobre a natureza do estudo e irão fornecer consentimento informado escrito para participação.

Considerações Éticas

O estudo será conduzido de acordo com os princípios éticos para investigação médica envolvendo seres humanos, presentes na Declaração de Helsínquia.¹⁵

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1-Graham J, Fletcher-Louis M: Cancer pain. Decision Resources, Inc 2004:ii-175.Dy SM, Asch.
- 2-World Health Organization: Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 804 Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1990, 1–75 <http://www.who.int/en/>.
- 3-Weinstein SM. A new extended release formulation (OROS®) of hydromorphone in the management of pain. Ther Clin Risk Manag 2009; 5:75-80.
- 4-Hanks GW, Conno F, Cherny N, Hanna M, Kalso E, McQuay HJ, Mercadante S, Meynadier J, Poulain P, Ripamonti C, Radbruch L, Casas JR, Sawe J, Twycross RG and Ventafridda V: Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. Br J Cancer 2001, 84:587–93.
- 5-American Pain Society: Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain Glenview, IL: American Pain Society; 52003 <http://www.ampainsoc.org/pub/principles.htm>.
- 6-World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee. WHO Tech Rep Ser. 1990;804:1–75.
- 7-Gardner-Nix J and Mercadante S. The role of OROS® hydromorphone in the management of cancer pain. Pain Practice 2010; 10 (1):72-7.
- 8-Sarhill N, Walsh D, Nelson KA: Hydromorphone: pharmacology and clinical applications in cancer patients. Support Care Cancer 2001, 9:84-96.

- 9-Quigley C, Wiffen P: A systematic review of hydromorphone in acute and chronic pain. *J Pain Symptom Manage* 2003, 25:169-78.
- 10-Conley R, Gupta SK, Sathyan G. 2006. Clinical spectrum of the osmotic-controlled release oral delivery system (OROS), an advanced oral delivery form. *Curr Med Res Opin.* 2005;10:1879–1892.
- 11-info@prnewswire.co.uk; www.janssen-cilag.com – JURNISTATTM;accessed January 2007.
- 12- Palangio M, Northfelt DW, Portenoy RK, et al. Dose conversion and titration with a novel, once-daily, OROS[®] osmotic technology, extended-release hydromorphone formulation in the treatment of chronic malignant or nonmalignant pain. *J Pain Symptom Manage.* 2002;23:355–368.
- 13- Wallace M, Rauck RL, Moulin D, Thippawong J, Khanna S, Tudor IC. Conversion from standard opioid therapy to once-daily oral extended-release hydromorphone in patients with chronic cancer pain. *J Int Med Res.* 2008; 36:343–352.
- 14- Hanna M, Thippawong J, Study Group 1. A randomized, double-blind comparison of OROS[®] hydromorphone and controlled-release morphine for the control of chronic cancer pain. *BMC Palliat Care.* 2008;7:17.
- 15- World Medical Association Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects [Online]. Disponível em: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

ANEXO F

TÍTULO: Eutanásia e Suicídio Assistido: Realidade, Mitos e Preconceitos

AUTORES:

¹C. Pissarro, ²E. Gonçalves, ¹I. Pazos, ³J.M. Nascimento Costa, ⁴J. Pereira.

¹Serviço de Oncologia Médica, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E., Coimbra, Portugal.

²Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos, Hospital de S. João, Porto, Portugal.

³Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal.

⁴Departamento de Cuidados Paliativos, Universidade de Otava, Canadá.

Serviço de Medicina Paliativa, *Bruyère Continuing Care*, Otava, Canadá.

Serviço de Cuidados Paliativos, *The Ottawa Hospital*, Otava, Canadá.

RESUMO:

Nas últimas décadas, tem-se assistido a um debate complexo e polémico em torno da legalização da eutanásia e do suicídio assistido, no sentido de encontrar uma resposta satisfatória para questões essenciais como o sofrimento e a dignidade da efémera existência humana. Apesar de o tema, em si, não ser propriamente recente, a realidade mostra que muitas definições, conceitos e consequências dessas práticas estão envolvidos em ignorância, mitos e pressupostos errados. O padrão de aplicação da eutanásia e do suicídio assistido tem sofrido em apenas alguns anos interpretações abusivas e desvios graduais, muitas vezes transgredindo as leis vigentes nas jurisdições respetivas. Inicialmente destinadas a aliviar o sofrimento de doentes terminais, estas práticas têm sido utilizadas de forma cada vez mais alargada e subjetiva, incluindo de forma progressiva e pouco regulamentada indivíduos com doença física crónica, doença mental, sofrimento psicológico e até pessoas com idade superior a 70 anos que estão “cansadas de viver”. Contrariamente ao inicialmente estipulado, a eutanásia e o suicídio assistido têm sido progressivamente aplicados como medidas de primeira linha, com ocultação ou deturpação frequente e propositada das alternativas disponíveis para alívio do sofrimento, como é o caso dos cuidados paliativos. Os verdadeiros motivos subjacentes a estes desvios preocupantes dos critérios de aplicação da eutanásia e suicídio assistido permanecem pouco claros. No entanto, uma análise cuidadosa da realidade e da experiência dos países ou jurisdições que legalizaram a eutanásia e/ou o

suicídio assistido torna evidente que se trata de um terreno movediço e incerto, com um potencial impacto negativo imprevisível nos valores e na estrutura da sociedade. Dado o potencial impacto da legalização da eutanásia e suicídio assistido na sociedade, é muito importante que a população e, em particular, os profissionais de saúde, sejam devidamente esclarecidos sobre os diversos conceitos subjacentes e à realidade dos poucos países ou jurisdições que legalizaram, até à data, essas mesmas práticas. O presente artigo pretende clarificar os vários conceitos e argumentos subjacentes ao debate sobre a legalização da eutanásia e do suicídio assistido, bem como explorar as formas de regulamentação e as consequências nos países ou jurisdições onde se observou a sua legalização ou descriminalização.

Palavras-chave: Eutanásia; Suicídio assistido; Suicídio medicamente assistido.

ABSTRACT:

A complex and controversial debate about the legalization of euthanasia and assisted suicide has been occurring in the last decades, aiming a satisfactory answer to essential questions such as, human suffering and dignity. Although, in itself, the issue is not new, many definitions, concepts and consequences of these practices are covered by ignorance, myths and misconceptions. Euthanasia and assisted suicide have gradually been misused, often transgressing the laws in the jurisdictions where those practices have been legalized. Initially used to alleviate the suffering of terminally ill patients, these practices have however been used in an increasingly broad and subjective ways and, nowadays individuals with chronic physical illness, mental illness, psychological distress and even elderly who are "tired of living" can have access to euthanasia and assisted suicide. These practices are being progressively applied as first-line measures, substituting other available methods for the relief of suffering such as palliative care. The real underlying reasons for these approaches remain unclear. However, a careful analysis of the current reality in the countries or jurisdictions where euthanasia and / or assisted suicide are legalized is showing that this is a slippery option, with an unpredictable negative impact on the values of society. Taking in account the potential negative impact of the legalization of euthanasia and assisted suicide in society, it is mandatory that the population and, in particular, health professionals, become properly informed about the different underlying concepts and the social reality of the few

countries or jurisdictions where these practices have been legalized. This article aims to clarify the various concepts and arguments underlying and involving the debate on the legalization of euthanasia and assisted suicide; furthermore it aims the exploration of regulation systems and the analysis of these practices consequences in countries or jurisdictions where they have been, so far, legalized.

Keywords: Euthanasia; Assisted suicide; Physician-assisted suicide.

INTRODUÇÃO

A necessidade intrínseca de o ser humano refletir e encontrar uma resposta satisfatória para questões essenciais como o sofrimento e a dignidade da sua existência efêmera, tem sido acompanhada, nas últimas décadas, por um debate complexo e polêmico em torno da legalização da eutanásia e do suicídio assistido. Apesar de o tema, em si, não ser propriamente recente, a realidade é que muitas definições, conceitos e consequências dessas práticas estão envolvidos em ignorância, mitos e pressupostos errados. Dado o potencial impacto da legalização da eutanásia e suicídio assistido na sociedade, é fundamental que a população e, em particular, os profissionais de saúde, sejam devidamente esclarecidos relativamente aos diversos conceitos subjacentes e à realidade dos poucos países ou jurisdições que legalizaram, até à data, essas mesmas práticas.

O presente artigo pretende clarificar os vários conceitos e argumentos subjacentes ao debate sobre a legalização da eutanásia e do suicídio assistido, bem como explorar as formas de regulamentação e as consequências nos países ou jurisdições onde se observou a sua legalização ou descriminalização.

DEFINIÇÕES E CONCEITOS

Embora, originalmente, o termo *Eutanásia* significasse “boa” (*eu*) “morte” (*thanatos*) e não tivesse qualquer relação com a intervenção médica, o aparecimento dos movimentos pró-eutanásia com Samuel D. Williams (1870) e Lionel Tollemache (1873) associou este conceito à morte provocada com a intenção de aliviar o sofrimento de uma pessoa (“mercy killing”) e desde então têm-se vindo a incluir neste conceito todas as ações ou omissões médicas realizadas com o objetivo de encurtar a vida. Assim, fala-se em “eutanásia voluntária” e “involuntária”, “eutanásia ativa” (morte induzida por uma

ação) e “eutanásia passiva” (morte associada à suspensão ou abstenção de medidas) e “eutanásia direta” (intencional) e “indireta” (morte aceite mas não desejada).⁽¹⁾

Nos dois primeiros países que legalizaram este procedimento (Holanda e Bélgica), define-se eutanásia como a morte intencional de uma pessoa por outra pessoa, após pedido voluntário e consentimento expresso da primeira, sendo por isso sempre ativa, direta e voluntária. É, portanto, redundante e, no nosso entender, errado falar em “eutanásia voluntária”, bem como incluir sob a designação de eutanásia situações de morte provocada sem o consentimento prévio dos envolvidos esteja o indivíduo incapaz de tomar decisões por se encontrar por exemplo demente, em coma ou em estado vegetativo persistente (“eutanásia não-voluntária”) ou cognitivamente competente (“eutanásia involuntária”).^(1,2)

E se a eutanásia é um procedimento ativo, não é também legítimo falar em “eutanásia passiva”. Para além disto, designando esta expressão situações em que a morte resulta da omissão ou suspensão deliberada de medicação ou medidas de suporte de vida, o seu uso contribui para aumentar a ambiguidade e dificuldade de compreensão do próprio conceito de eutanásia, uma vez que, se as medidas omitidas ou suspensas não forem benéficas para a sobrevivência e qualidade de vida do doente (“terapêuticas ou medidas fúteis”) estamos perante boa prática médica, mas se forem essenciais para a sua qualidade de vida podemos estar perante um homicídio.^(2,3)

O conceito de suicídio medicamente assistido (SMA), por outro lado, implica que seja a própria pessoa/doente a terminar a sua vida, tomando uma substância letal prescrita por um médico.⁽²⁾ Na Suíça, qualquer pessoa, médica ou não, pode prestar assistência nos casos de suicídio e, por essa razão, designa-se simplesmente suicídio assistido. O Quadro I sumariza as definições e conceitos anteriormente abordados.

Quadro I - Definições

Eutanásia	Indução ativa e intencional da morte de um indivíduo por meio de um ato letal, geralmente administração de fármaco(s), após pedido voluntário e consentimento expresso do próprio indivíduo.
Suicídio medicamente assistido	Indução da morte de um indivíduo por meio de auto-administração de substância(s) letal(ais) prescrita(s) por um médico.

Neste contexto, é importante salientar que muitas decisões e intervenções realizadas no fim de vida, com o objetivo de aliviar o sofrimento do doente e otimizar a sua qualidade de vida, por exemplo o uso e titulação adequada de morfina e outros opioides fortes para controlar a dor e a sedação paliativa realizada com o objetivo de aliviar o sofrimento de um doente com sintomas refratários a todas as outras terapêuticas, correspondem a boa prática médica e não a formas encapotadas de eutanásia (Quadro II).

Quadro II – Intervenções/eventos comumente confundidos com eutanásia

Intervenções/eventos que NÃO correspondem a eutanásia

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1- Suspensão de terapêutica médica fútil2- Sedação paliativa para aliviar o sofrimento do doente, no contexto de sintomas refratários a todas as outras terapêuticas médicas disponíveis3- Utilização e titulação adequadas de analgésicos opióides (ex: morfina) com o objetivo de controlar a dor ou outros sintomas4- Morte acidental de um doente como consequência de complicação ou efeito secundário de um tratamento5- Recusa de um tratamento (ex: cirurgia, quimioterapia, radioterapia) por parte de um doente informado |
|---|

A fronteira, por vezes ténue, entre estas duas práticas reside, essencialmente, na intenção com que são efectuadas: no caso da eutanásia, a intenção é matar o doente; numa boa prática de cuidados paliativos, a intenção é aliviar o sofrimento físico, psíquico, social e espiritual do doente, conferindo-lhe a melhor qualidade de vida possível, sem adiar ou antecipar o momento da morte.⁽⁴⁾

O debate em torno da legalização da eutanásia e do SMA, já em si polémico, controverso e com um cariz ético, moral e social complexo, é dificultado por uma variedade de fatores que compromete a clareza das definições e conceitos, entre os quais se destacam a já referida ambiguidade de expressões como “eutanásia ativa / passiva”,

“eutanásia involuntária e não voluntária” e a apropriação inadequada de terminologia intrinsecamente associada à filosofia dos cuidados paliativos, como por exemplo “morte com dignidade”, “compaixão”, “alívio do sofrimento” e “qualidade de vida”, com o objetivo de denominar a eutanásia e o SMA de uma forma eufemística, potencialmente confundida com os próprios cuidados paliativos. A complexidade do debate resulta ainda da dificuldade de encontrar uma definição concreta para conceitos como “sofrimento insuportável e irreversível” e “doença terminal”, conduzindo por sua vez a interpretações abusivas dos critérios de seleção de candidatos a eutanásia e SMA. Por outro lado, os mitos e a ignorância em relação a certas práticas de cuidados paliativos (uso de opioides, a sedação paliativa e a suspensão ou omissão de terapêutica fútil), contribuem igualmente para a confusão em torno deste tema.

Com base no anteriormente exposto, torna-se evidente que a eutanásia e o SMA são, na sua essência, distintos e até opostos aos cuidados paliativos que, por princípio, respeitam a vida como um processo natural que não antecipam nem atrasam. Assim, contrariamente ao que tem sido proposto por alguns *lobbies* pró-eutanásia, práticas como a eutanásia e o SMA não devem ser realizadas em unidades de cuidados paliativos por várias razões: seriam uma fonte de tensão significativa para os profissionais de cuidados paliativos, dado que a maioria não apoia a eutanásia e SMA; seriam igualmente uma fonte de tensão para os doentes e famílias que não apoiam essas práticas podendo comprometer a relação de confiança entre os doentes, famílias e equipa de cuidados paliativos; poderiam originar relutância dos doentes em relação ao uso e titulação de opioides fortes para controlar a dor ou outros sintomas; levariam a uma confusão ainda maior da população em torno dos conceitos de eutanásia, SMA e cuidados paliativos.

MOTIVOS PARA PEDIDOS DE EUTANÁSIA E SUICÍDIO MEDICAMENTE ASSISTIDO

Sabe-se hoje que os pedidos de eutanásia são muitas vezes “flutuantes” e transitórios observando-se, por exemplo, que muitos doentes retiram os seus pedidos após controlo da dor ou tratamento adequado da depressão. Além disso, estes pedidos são geralmente ambivalentes, ou seja, as pessoas desejam manifestar não um pedido literal de eutanásia ou suicídio assistido, mas sim transmitir uma mensagem subliminar de pedido de ajuda para alívio do seu sofrimento. Apenas numa percentagem muito reduzida de casos, o pedido é consistente, persistente e irreversível. Por isso, é essencial

que os profissionais de saúde saibam explorar e interpretar, com prudência, o verdadeiro significado de um pedido de eutanásia ou SMA, de modo a poderem oferecer a resposta mais adequada a esse mesmo pedido.^(5,6)

Vários estudos têm investigado as razões subjacentes aos pedidos de eutanásia e SMA e concluíram que os principais motivos são: ausência de controlo ou controlo ineficaz da dor e de outros sintomas; dependência e incapacidade funcional; perda de esperança; sentimento de “fardo” para os outros; perda do sentido de dignidade (incluindo perda de autonomia e de controlo da própria vida); isolamento social e depressão.^(5,7-10)

Num questionário realizado no estado de Oregon (USA) a 56 pessoas que tinham solicitado SMA, os motivos evocados com maior frequência para esse pedido foram: o desejo de controlar as circunstâncias da morte; perda de independência; preocupações relacionadas com a possibilidade de vir a ter dor, má qualidade de vida e incapacidade de se autocuidar.⁽¹¹⁾

EXPERIÊNCIA DOS PAÍSES/JURISDIÇÕES QUE LEGALIZARAM A EUTANÁSIA E/OU O SUICÍDIO MEDICAMENTE ASSISTIDO (SMA)

A eutanásia começou a ser aceite na Holanda na década de 70, mas só em 2001 foi aprovada a sua completa legalização. Desde então, a legislação respeitante à regulamentação desta prática tem sido alvo de sucessivas alterações, as quais têm conduzido a um espectro cada vez mais alargado de critérios para permissão da eutanásia. A Bélgica e o Luxemburgo seguiram o exemplo da Holanda, com a legalização da eutanásia em 2002 e em 2009, respetivamente. Relativamente ao SMA, no caso da Holanda e do Luxemburgo, a lei contempla igualmente esta prática, bem como nalguns estados dos Estados Unidos da América (Oregon, Washington e Montana).⁽¹²⁻¹⁵⁾ A Suíça constitui um caso particular, uma vez que o suicídio assistido, por médico ou outra pessoa, não está legalizado mas encontra-se descriminalizado desde há várias décadas.⁽¹⁶⁾

Países como a França, o Canadá, a Austrália e o Reino Unido, bem como vários estados dos Estados Unidos da América, votaram recentemente contra a legalização da eutanásia e do SMA. O Quadro III sumariza os países onde a eutanásia e/ou o SMA se encontram atualmente legalizados.

Quadro III – Países que legalizaram a eutanásia e/ou suicídio assistido

Legalização da eutanásia	Legalização do SMA	Descriminalização do suicídio assistido
Holanda (2001)	Oregon, EUA (1997)	
Bélgica (2002)	Holanda (2001)	Suíça (1918)
Luxemburgo (2009)	Luxemburgo (2009)	
	Washington, EUA (2009)	
	Montana, EUA (2010)	

Regulamentação e sua efetividade

Consentimento voluntário e documentação escrita

As leis exigem que o pedido seja voluntário, ponderado, informado, persistente ao longo do tempo e que o consentimento explícito da pessoa seja documentado por escrito. Além disso, a pessoa que requer a eutanásia ou SMA tem de estar cognitivamente competente no momento do pedido.^(12,13,15)

Em 2005, foram reportadas na Holanda 180 mortes devido a eutanásia ou SMA, o que representa 1,8% de todas as mortes na Holanda. No entanto, cerca de 40 pessoas foram submetidas a eutanásia sem consentimento explícito, o que claramente evidencia uma transgressão das leis de aplicação da eutanásia.⁽¹⁷⁾ Um estudo recente na Flandres (Bélgica) revela que 32% de todas as mortes por eutanásia ou SMA (66 em 208 casos) careciam de pedido explícito do doente. Estes casos envolviam sobretudo indivíduos com idade igual ou superior a 80 anos (52,7%), doentes não oncológicos (67,5%) e indivíduos hospitalizados (67,1%). Em 77,9% dos casos sem consentimento explícito, o tema da eutanásia ou SMA não tinha sido discutido com o doente, sendo as razões apontadas pelos médicos as seguintes: doente comatoso (70,1%); demência (21,1%); manifestação prévia por parte do doente de desejo de terminar a vida mas sem um pedido explícito de eutanásia ou SMA (40,4%). Além disso, os médicos referem que a decisão de praticar eutanásia não tinha sido discutida com o doente por ter sido tomada no “melhor interesse do doente” (17%) ou porque a discussão seria prejudicial para ele (8,2%).⁽¹⁸⁾

Comunicação obrigatória

A comunicação dos casos de eutanásia e de SMA é obrigatória, mas frequentemente esta regra é ignorada.⁽¹⁹⁾ Na Flandres, cerca de metade de todos os casos de eutanásia não é comunicada à Comissão de Avaliação e Controlo Federal e os pré-requisitos legais para a sua realização foram com maior frequência desrespeitados nos casos não reportados do que naqueles que foram comunicados. Nomeadamente, a ausência de documentação escrita do pedido de eutanásia era mais comum (88% versus 18%), uma consulta de cuidados paliativos era requerida com menor frequência (55% versus 98%) e os fármacos letais eram mais frequentemente administrados por enfermeiros (41% versus 0%).⁽²⁰⁾ Na Holanda, pelo menos 20% dos casos de eutanásia não são relatados.⁽²¹⁾ No entanto, este valor provavelmente subestima a realidade, podendo o valor real atingir os 40%.⁽²²⁾

Ato realizado exclusivamente por médicos

A realização de tais práticas por enfermeiros constitui um motivo adicional de preocupação, uma vez que, com a exceção da Suíça, todas as restantes jurisdições exigem que estes actos sejam realizados por médicos. Num estudo recente na Flandres, 128 enfermeiros admitiram ter cuidado de doentes que foram submetidos a eutanásia e, em 120 casos, esse ato foi realizado sem pedido explícito do doente. Em 12% dos casos, a administração dos fármacos letais foi feita por enfermeiros. Na maior parte dos casos, os médicos não estavam presentes, sendo estes casos mais frequentes quando o doente tinha idade superior a 80 anos e o enfermeiro assistente era do sexo masculino.⁽²³⁾

Segunda opinião e consulta de outras especialidades

Todas as jurisdições, com exceção da Suíça, referem uma consulta obrigatória de um outro médico, de modo a garantir o cumprimento dos pré-requisitos para realização de eutanásia ou SMA. Na Bélgica, situações de doentes não-terminais têm de ser revistas por um terceiro médico. O médico consultado deve ser independente, não relacionado com a prestação de cuidados ao indivíduo em particular ou com o médico assistente e deve efetuar uma avaliação objetiva e imparcial.⁽¹²⁻¹⁵⁾ No entanto, a realidade na Bélgica, Holanda e Oregon revela que este processo não é universalmente respeitado.^(15,17,18) No estado de Oregon, a consulta de segunda opinião registou-se apenas numa percentagem reduzida de casos de suicídio assistido e na Holanda não foi pedida consulta de segunda opinião em 35% dos casos de eutanásia sem um pedido

explícito do doente.^(15,17) Por exemplo na Holanda, uma avaliação psiquiátrica é requisitada apenas em 3% dos doentes que pedem SMA.⁽²⁴⁾ Além disso, a não comunicação dos casos de eutanásia ou SMA parece relacionar-se com a ausência de uma consulta de segunda opinião.^(21,22)

Na Holanda e na Bélgica foram criadas comissões especiais constituídas por médicos que receberam formação para realizarem trabalho de consultadoria nos casos de eutanásia. A sua função consiste em assegurar que o indivíduo que pede a eutanásia é informado de todas as opções disponíveis, incluindo cuidados paliativos. No entanto, por exemplo na Bélgica, a maioria desses médicos recebeu apenas um curso teórico de 24 horas, das quais apenas 3 horas diziam respeito a cuidados paliativos, o que claramente é insuficiente.⁽²⁵⁾

Os indivíduos com depressão pedem eutanásia com maior frequência do que aqueles que não a apresentam e um tratamento antidepressivo adequado resulta muitas vezes na retirada do pedido de eutanásia.^(5,9) Num estudo envolvendo 200 doentes oncológicos terminais, a prevalência de síndromes depressivas era de 59% naqueles doentes que manifestavam um forte desejo de morrer, mas apenas 8% em indivíduos que não expressavam essa mesma vontade.⁽⁵⁾ Apesar desta evidência, em Oregon, a lei não estipula uma consulta de Psiquiatria obrigatória nestes casos e a maioria dos profissionais de saúde e familiares de doentes envolvidos em casos de SMA não acredita que a depressão influencie a tomada de decisão relativamente à antecipação da morte.^(11,15)

Eutanásia e suicídio assistido: um terreno movediço e incerto

Tal como se pode depreender do anteriormente exposto sobre a forma como a eutanásia e o SMA têm sido aplicados nas jurisdições que legalizaram essas práticas, as medidas de regulamentação até à data implementadas têm sido ineficazes. É, portanto, evidente que as fronteiras entre uma “boa prática” e uma “má prática” da eutanásia e do suicídio assistido não se encontram de forma alguma bem definidas. Segundo Keown,⁽²⁶⁾ o rumo recente destas práticas constitui um perigoso terreno escorregadio, uma vez que se tem observado que a permissão de um tipo de eutanásia tem conduzido à realização impune de outras formas de morte não aceitáveis, como são os casos da morte sem pedido nem consentimento explícito do indivíduo. Além disso, a eutanásia e o SMA, originalmente regulamentados de forma a constituírem um último recurso para

casos de sofrimento humano extremo, têm sido utilizados, com o passar do tempo, de um modo cada vez mais leviano e com critérios mais ambíguos.

Uma análise da evolução da realidade sobre a prática da eutanásia e SMA nas jurisdições que têm legalizado ou permitido estes atos permitirá uma reflexão sobre as potenciais consequências e impacto na sociedade. Nas décadas de 1970 e 1980, quando a eutanásia e o SMA começaram a ser permitidos na Holanda, a sua aplicação limitava-se exclusivamente a doentes terminais, com sofrimento intolerável e consistia numa medida de último recurso abrangendo um número reduzido de pessoas. Em 2002, as leis holandesa e belga suprimiram a exclusividade de aplicação desses atos a doentes terminais para incluir, segundo a lei holandesa, “qualquer pessoa com sofrimento físico ou psicológico insuportável e sem esperança de alívio”, ou, de acordo com a lei belga, “pessoas com situação médica irreversível e com constante sofrimento físico ou psicológico”.^(12,13) Em 2006, a Associação Médica Holandesa declarou que “ter idade superior a 70 anos e estar cansado de viver” deveria ser um motivo aceitável para pedir a eutanásia.⁽²⁷⁾ Este facto é preocupante pois coloca em risco a integridade e a segurança da população idosa, já em si vulnerável.

No estado de Oregon (EUA), a lei do SMA exige a sua utilização exclusiva em situações de doença terminal, ou seja, com uma esperança de vida estimada inferior a seis meses. No entanto, além da ambiguidade e variabilidade do diagnóstico de doença terminal, a lei não exige a presença de sofrimento intolerável e refratário, o que permite que o suicídio assistido seja oferecido sem explorar adequadamente os motivos do seu pedido e outras formas de abordar os problemas do indivíduo.⁽¹⁵⁾

Até 2002, a Holanda limitava o acesso à eutanásia e SMA exclusivamente a indivíduos adultos. No entanto, a lei de 2002 permitiu a possibilidade de inclusão de menores, com idade entre 12 e 16 anos, com consentimento de um ou ambos os pais.⁽¹²⁾ Em 2005, foi implementado o Protocolo de Groningen, que permite a morte, dita “eutanásia”, de crianças mais novas e de recém-nascidos “sem esperança de terem uma qualidade de vida aceitável”.⁽²⁸⁾ Por outro lado, na Bélgica, em 2006, a lei da eutanásia foi alterada de modo a incluir crianças e adolescentes, bem como pessoas com demência.⁽¹³⁾

Inicialmente, na Holanda, a eutanásia foi permitida como último recurso para alívio do sofrimento, na ausência de outras opções disponíveis. Curiosamente, as consultas de cuidados paliativos não são obrigatórias nas jurisdições que legalizaram a eutanásia e o SMA, apesar do controlo ineficaz da dor e outros sintomas constituir um

dos motivos principais para pedido destes procedimentos.^(8,12,13,15) Além de o envolvimento de especialistas de cuidados paliativos na tomada de decisão ou na avaliação desses casos ser muito reduzida, a sua frequência tem decrescido ao longo dos anos: em 2002, essa taxa era de 19%, observando-se um valor de 9% em 2007.⁽²⁹⁾ Outros estudos evidenciam taxas ainda mais baixas de envolvimento de cuidados paliativos nestes casos.⁽²⁰⁾ No entanto, mesmo a eventual obrigatoriedade de uma consulta única de cuidados paliativos ou de psiquiatria seria claramente insuficiente para permitir uma avaliação correta dos diversos fatores subjacentes ao pedido de eutanásia e suicídio assistido e proporcionar uma estratégia terapêutica alternativa.⁽²⁴⁾

Uma outra dimensão que deve ser cuidadosamente ponderada durante o debate sobre a legalização da eutanásia e suicídio assistido é a possibilidade de uma perigosa promiscuidade entre critérios clínicos e pressões económicas na tomada de decisão, o que pode resultar numa menor proteção das pessoas mais vulneráveis, como os idosos.⁽¹⁵⁾

A evidência de que a legalização da eutanásia e do SMA constitui um terreno escorregadio perigoso com um potencial impacto negativo na sociedade é notória, não só pelos critérios de inclusão cada vez mais alargados e subjetivos, como exposto previamente, mas também pelo número crescente de mortes por eutanásia e SMA que se tem vindo a verificar. Antes da legalização destes procedimentos, estimava-se que a sua prevalência na Bélgica fosse extremamente reduzida (cerca de 0,1% das mortes); após a legalização em 2002, tem-se observado um aumento progressivo do número de mortes por eutanásia e SMA nesse país, registando-se 235, 393 e 495 casos em 2003, 2005 e 2007, respetivamente.⁽¹³⁾ Em Oregon, tem-se registado um aumento considerável do número de casos de SMA, de 16 em 1998 para 46 em 2007.⁽¹⁵⁾ No entanto, as estatísticas oficiais provavelmente subestimam a realidade, uma vez que muitos casos não respeitam a comunicação obrigatória às entidades reguladoras. Estima-se que mais de 50% dos casos na Bélgica e 20% dos casos na Holanda não sejam comunicados, numa transgressão clara da lei.^(20,21) O mais preocupante é que um número significativo dos casos não reportados corresponde a casos de morte sem pedido nem consentimento explícito dos indivíduos, ou seja, são casos de “eutanásia involuntária” ou “eutanásia não-voluntária”. Em 1987, a Associação Médica Holandesa declarou no preâmbulo das *guidelines* para realização de eutanásia e SMA que “terminar a vida de um doente, na ausência de um pedido da sua parte constitui homicídio e não eutanásia” mas a aceitação progressiva da eutanásia não-voluntária de pessoas com compromisso

cognitivo grave ou em coma que tenham no passado manifestado de alguma forma o desejo de serem submetidas a eutanásia, quer esse desejo esteja documentado por escrito ou não, levou essa mesma Associação Médica a aprovar em 2001 a possibilidade de incluir a eutanásia ou SMA no testamento vital.⁽¹²⁾ No entanto, basear a realização de eutanásia num testamento vital pode ser eticamente problemático uma vez que o desejo do doente pode ser outro no momento em que a eutanásia é efetuada. Além disso tem sido notória e surpreendente a crescente aceitação de formas de morte habitualmente não toleradas pela sociedade e pelos sistemas judiciais.

Em suma, uma reflexão atenta da realidade nos países/jurisdições que legalizaram a eutanásia e o SMA revela que a legalização desses atos de difícil regulamentação e controlo, constitui um perigoso terreno movediço em que gradualmente são aceites práticas anteriormente inaceitáveis, que acarretam um potencial impacto negativo com dimensões imprevisíveis na estrutura e no padrão de valores de uma sociedade.

Eutanásia e SMA: meios exclusivos de alívio do sofrimento e de dignidade humana?

Contrariamente aos que os defensores da eutanásia e do SMA advogam, existem intervenções alternativas para alívio do sofrimento humano e para conferir sensação de dignidade, respeitando a autonomia dos indivíduos.

Na maior parte dos casos de pessoas com doenças incuráveis e progressivas, com sofrimento físico, psicológico, emocional ou espiritual, a avaliação e orientação terapêutica por uma equipa multidisciplinar de cuidados paliativos é eficaz no controlo dos sintomas, alívio do sentimento de “fardo” para os outros e desenvolvimento de uma esperança realista, respeitando a autonomia do doente e otimizando a sua qualidade de vida. Nos cerca de 10% a 15% dos casos em que os sintomas são refratários, isto é, não melhoram com tratamentos de primeira e segunda linha, é possível o recurso à chamada “sedação paliativa” que através do uso rigorosamente controlado de fármacos sedativos diminui ou suprime a consciência do doente com o objetivo de diminuir o sofrimento de outra forma intratável. Tal como referido anteriormente, esta estratégia terapêutica não induz nem antecipa a morte do indivíduo e, por isso, não corresponde a uma forma de eutanásia.⁽⁴⁾ Por outro lado, as situações em que se suspeita de uma doença psiquiátrica (ex: depressão) ou de uma perturbação psicológica beneficiam, sem dúvida, de um acompanhamento em consultas de psiquiatria ou de psicologia.⁽²⁴⁾ Em suma, os

profissionais de saúde deverão numa primeira abordagem explorar adequadamente os motivos para pedido de eutanásia e suicídio assistido e esclarecer convenientemente os indivíduos permitindo-lhes o recurso a outras abordagens para alívio do seu sofrimento.

CONCLUSÕES

O padrão de aplicação da eutanásia e do suicídio assistido tem sofrido em apenas alguns anos interpretações abusivas e desvios graduais, muitas vezes transgredindo as leis vigentes nas jurisdições respectivas. Inicialmente destinadas a aliviar o sofrimento de doentes terminais, estas práticas têm sido utilizadas de forma cada vez mais alargada e subjetiva, incluindo de forma progressiva e pouco regulamentada em indivíduos com doença física crónica, doença mental, sofrimento psicológico e até pessoas com idade superior a 70 anos que estão “cansadas de viver”. O desrespeito e não cumprimento de uma condição essencial da definição de eutanásia – existência de um pedido voluntário por parte do indivíduo em causa –, presente em todos os casos de eutanásia involuntária ou não-voluntária, tem sido tolerado pelos sistemas judiciais sob o pretexto de um pilar ético de beneficência adulterado. Contrariamente ao inicialmente estipulado, a eutanásia e o SMA têm sido progressivamente aplicados como medidas de primeira linha, com ocultação ou deturpação frequente e propositada das alternativas disponíveis para alívio do sofrimento, como é o caso dos cuidados paliativos. No caso específico da Holanda, as próprias Nações Unidas manifestaram uma séria preocupação relativamente à lei da eutanásia, devido ao potencial de colocar em risco a integridade, a segurança e o direito à autodeterminação dos indivíduos mais vulneráveis da sociedade.⁽³⁰⁾

Os verdadeiros motivos subjacentes a estes desvios preocupantes dos critérios de aplicação da eutanásia e suicídio assistido permanecem pouco claros. No entanto, uma análise cuidadosa da realidade e da experiência dos países ou jurisdições que legalizaram a eutanásia e/ou o suicídio assistido torna evidente que se trata de um terreno movediço e incerto, com um potencial impacto negativo imprevisível nos valores e na estrutura da sociedade. Um debate sério, informado e isento de enviesamentos perigosos sobre esta temática complexa assenta, essencialmente, num adequado esclarecimento da população não só sobre os conceitos e consequências da eutanásia e do SMA, bem como sobre outras intervenções para o alívio do sofrimento disponíveis, como é o caso dos cuidados paliativos, cujos objetivos primordiais são o alívio do sofrimento, a qualidade de vida e a promoção da dignidade humana.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- BROECKAERT B: Euthanasia and physician-assisted suicide. In: Walsh D, et al, eds. Palliative Medicine. Philadelphia. Saunders Elsevier 2009; 110-1.
- 2- MATERSTVEDT LJ, CLARK D, ELLERSHAW J, FØRDE R, GRAVGAARD AM, MÜLLER-BUSCH HC, ET AL: Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. Palliat Med 2003;17(2):97-101.
- 3- Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Regulamento nº 14/2009, da Ordem dos Médicos, Diário da República nº 8, II Série, de 11 de Janeiro de 2009; art. 49º.
- 4- CHERNY NI, RADBRUCH L: European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliat Med 2009;23(7):581-93.
- 5- CHOCHINOV HM, WILSON KG, ENNS M, MOWCHUN N, LANDER S, LEVITT M, ET AL: Desire for death in the terminally ill. Am J Psychiatry 1995;152(8):1185-91.
- 6- JOHANSEN S, HØLEN JC, KAASA S, LOGE HJ, MATERSTVEDT LJ: Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. Palliat Med 2005;19(6):454-60.
- 7- EMANUEL EJ: Depression, euthanasia and improving end-of-life care. J Clin Oncol 2005;23:6456-8.
- 8- WILSON KG, CHOCHINOV HM, MCPHERSON CJ, SKIRKO MG, ALLARD P, CHARY S, ET AL: Desire for euthanasia or physician-assisted suicide in palliative cancer care. Health Psychol 2007;26:314-23
- 9- BREITBART W, ROSENFELD B, PESSIN H, KAIM M, FUNESTI-ESCH J, GALIETTA M, ET AL: Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. JAMA 2000;284:2907-11.
- 10- CHOCHINOV HM, HACK T, HASSARD T, KRISTJANSEN LJ, McCLEMENT S, HARLOS M: Understanding the will to live in patients nearing death. Psychosomatics 2005;46(1):7-10.
- 11- GANZINI L, GOY E, DOBSCHA S: Oregonians' reasons for requesting physician aid in dying. Arch Inter Med 2009;169(5): 489-92.
- 12- JANSSEN A: The new regulation of voluntary euthanasia and medically assisted suicide in the Netherlands. Int J Law, Policy and the Family 2002;16 (2): 260-9.

- 13- LEWIS P: Euthanasia in Belgium five years after legalisation. *Eur J Health Law* 2009; 16 (2): 125-38.
- 14- WATSON R: Luxembourg is to allow euthanasia from 1 April. *BMJ* 2009; 338:1248.
- 15- HENDIN H, FOLEY K: Physician-assisted suicide in Oregon: a medical perspective. *Mich Law Rev.* 2008;106(8):1613-40.
- 16- BOSSHARD G: Assisted suicide - medical, legal, and ethical aspects. *Praxis* 2012; 101(3):183-9.
- 17- VAN DER HEIDE A, ONWUTEAKA-PHILIPSEN BD, RURUP ML, BUITING HM, VAN DELDEN JJ, HANSSEN-DE WOLF JE, ET AL: End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med* 2007;356:1957-65.
- 18- VAN DEN BLOCK L, DESCHEPPER R, BILSEN J, BOSSUYT N, VAN CASTEREN V, DELIENS L: Euthanasia and other end-of-life decisions: a mortality follow-back study in Belgium. *BMC Public Health* 2009;9:79.
- 19- RURUP M, BUITING HM, PASMAN RHW, VAN DER MAAS PJ, VAN DER HEIDE A, ONWUTEAKA-PHILIPSEN BD: The reporting rate of euthanasia and physicians-assisted suicide. A study of the trends. *Med Care* 2008;46:1198-202.
- 20- SMETS T, BILSEN J, COHEN J, RURUP ML, MORTIER F, DELIENS L: Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases. *BMJ* 2010; 341:5174.
- 21- SMETS T, BILSEN J, COHEN J, RURUP ML, DE KEYSER E, DELIENS L: The medical practice of euthanasia in Belgium and the Netherlands: legal notification, control and evaluation procedures. *Health Policy* 2009;90(2):181-7.
- 22- ONWUTEAKA-PHILIPSEN BD, VAN DER HEIDE, MULLER MT, RURUP M, RIETJENS JA, GEORGES JJ, ET AL: Dutch experience of monitoring euthanasia. *BMJ* 2005;331:691-93.
- 23- INGHELBRECHT E, BILSEN J, MORTIER F, DELIENS L: The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *CMAJ* 2010;182(9):905-10.
- 24- KELLY BD, McLOUGHLIN DM: Euthanasia, assisted suicide and psychiatry: a Pandora's box. *Br J Psychiatry* 2002;181:278-9.
- 25- GAMASTER N, VEN DEN EYNDEN B: The Relationship between Palliative Care and Legalized Euthanasia in Belgium. *J Pall Med* 2009;12(7): 589-91.

- 26- KEOWN J: Euthanasia, Ethics and Public Policy. Cambridge: Cambridge University Press 2002;37-80.
- 27- SHELDON T. Dutch euthanasia law should apply to patients “suffering through living,” report says. BMJ 2005;330:61.
- 28- VERHAGEN AA, SOL JJ, BROUWER OF, SAUER PJ: Deliberate termination of life in newborns in the Netherlands; review of all 22 reported cases between 1997 and 2004. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149(4):183-8.
- 29- BERNHEIM J, DESCHEPPER R, DISTELMANS W, MULLIE A, BILSEN J, DELIENS L: Development of palliative care and legalization of euthanasia: antagonism or synergy? BMJ 2008;336:864-7.
- 30- United Nations concern at Dutch euthanasia law, 2001. <http://news.bbc.co.uk>.

ANEXO G

Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.

Gabinete Coordenador da Formação

(Unidade Formativa Acreditada por Despacho Ministerial de 26/02/01)

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Cristina Pissarro Correia de Azevedo** apresentou o tema «**Delirium no Doente Oncológico**», na Sessão Clínica que decorreu no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E., no dia 4 de Novembro de 2011, com a duração de 1 hora.

Coimbra, 28 de Maio de 2012

A Coordenadora do Gabinete
Coordenador da Formação



(Dr.ª Maria Regina Silva)

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA
FRANCISCO GENTIL
COIMBRA

